

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
“Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia”



TESIS

**“NIVEL DE DEPRESIÓN EN MADRES DE FAMILIA DEL
COMITÉ DE VASO DE LECHE DE LA ZONA URBANA DEL
DISTRITO DE VILLA RICA, PASCO, 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

TESISTA

Bach. Madeleyne del Carmen, HUAMÁN MUÑOZ

ASESORA

Lic. Karina Vanessa Diestro Caloretti

HUÁNUCO - PERÚ

2018



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las dieciséis y treinta horas del día diecisiete del mes de Diciembre del año Dos Mil Dieciocho, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad La Esperanza de la Universidad de Huánuco, de esa ciudad, los Miembros del Jurado, designados por Resolución N° 2159-2018-D-FCS-UDH de fecha 17 de Diciembre del 2018 y al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N°1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 Capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis intitulada: **"NIVEL DE DEPRESIÓN EN MADRES DE FAMILIA DEL COMITÉ DE VASO DE LECHE DE LA ZONA URBANA DEL DISTRITO DE VILLA RICA, PASCO, 2018"**, presentado por la Bachiller doña **Madeleyne del Carmen HUAMÁN MUÑOZ** para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADO por UNA UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de QUINCE y cualitativo de BUENO (Art. 54)

Siendo las dieciocho horas del día, se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

.....
DRA. MARIBEL SELMA CHAMORRO GUERRA.
PRESIDENTA

.....
DRA. JUDITH M. PORTOCARRERO ZEVALLOS
SECRETARIA

.....
PSIC. RENEE DEL C. TELLEZ CORDERO
VOCAL

DEDICATORIA

Mi trabajo está dedicado a mi familia que
me brindan su apoyo y compañía.

La autora.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por en Don de la vida.

A mis padres por su compañía y su apoyo incondicional.

A mis madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, quienes compartieron conmigo sus experiencias.

A la Universidad de Huánuco, por permitirme cumplir mi sueño de realizarme como profesional en el campo de la salud mental.

A mi asesora, por la revisión de mi trabajo.

A mis jurados quienes con sus observaciones hicieron que mi investigación sea más completa.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICES – CUADROS – GRAFICOS	iv
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema.	10
1.2. Formulación del problema.	12
1.3. Objetivo general	13
1.4. Objetivos específicos	13
1.5. Justificación de la investigación	13
1.6. Limitaciones de la investigación	14
1.7. Viabilidad de la investigación	14

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	15
2.2. Bases teóricas	18
2.3. Definiciones conceptuales	62
2.4. Hipótesis	63
2.5. Variables.	63
2.6. Operacionalización de variables	64

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación	65
3.1.1 Enfoque	65
3.1.2. Tipo	65
3.1.3. Diseño	65

3.2. Población y muestra	66
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	67
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS	
4.1. Procesamiento de datos	68
CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN	
5.1. Contrastación de los resultados	79
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	85
- Matriz de consistencia	86
- Instrumento de recolección de datos	87

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro N° 01

Madres de familia del comité de vaso de leche por edad, Villa Rica – 2018

Gráfico N° 01

Madres de familia del comité de vaso de leche por edad, Villa Rica – 2018

Cuadro N° 02

Madres de familia del comité de vaso de leche por Grado de Instrucción, Villa Rica – 2018

Gráfico N° 02

Madres de familia del comité de vaso de leche por Grado de Instrucción, Villa Rica, 201 8

Cuadro N° 03

Madres de familia del comité de vaso de leche por ocupación, Villa Rica – 2018

Gráfico N° 03

Madres de familia del comité de vaso de leche por ocupación, Villa Rica – 2018

Cuadro N° 04

Madres de familia del comité de vaso de leche según edad por ocupación, Villa Rica – 2018

Gráfico N° 04

Madres de familia del comité de vaso de leche según edad por ocupación, Villa Rica – 2018

Cuadro N° 05

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión, Villa Rica – 2018

Gráfico N° 05

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión, Villa Rica – 2018

Cuadro N° 06

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión según ocupación, Villa Rica – 2018

Gráfico N° 06

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión según ocupación, Villa Rica – 2018

Cuadro N° 07

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión según edad, Villa Rica – 2018

Gráfico N° 07

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión según ocupación, Villa Rica – 2018

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general determinar es los niveles de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco, 2018.

Se centra en las madres beneficiadas del vaso de leche, debido a que estos programas sociales solo ven la parte económica, mas no ven el estado emocional del pilar del hogar que es la madre, la finalidad fue medir una realidad objetiva de depresión para poder implementar estrategias de prevención e intervención.

Se concluyó que el 63.7% presentan depresión en nivel moderado; se afirma que es sumamente importante que se presente atención a la salud mental de las madres beneficiarias del programa de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, debido a que son ellas las encargadas del bienestar del hogar.

Palabras claves: Madres, vaso de leche, depresión.

ABSTRAC

The objective of this research work was to determine the levels of depression a the mothers who comity from the milk glass program in the urban area of the District of Villa Rica, Pasco, 2018.

It focuses on the mothers benefited from the glass of milk, because these social programs only see the economic part, but do not see the emotional state of the pillar of the home that is the mother, the purpose was to measure an objective reality of depression to be able to implement prevention and intervention strategies.

It was concluded that 63.7% have depression at a moderate level; it is stated that it is extremely important that attention be paid to the mental health of the beneficiary mothers of the milk glass program in the urban area of the Villa Rica District, since they are responsible for the welfare of the household

Keywords: Mothers, glass of milk, depression.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.

La doctora Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 30 de marzo de 2017 señaló que la depresión es la principal causa de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según las últimas estimaciones de la OMS, más de 300 millones de personas viven con depresión, un incremento de más del 18% entre 2005 y 2015. La falta de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el miedo al estigma, impiden que muchos accedan al tratamiento que necesitan para vivir vidas saludables y productivas. En las Américas, cerca de 50 millones de personas vivían con depresión en 2015, alrededor del 5% de la población. "La depresión nos afecta a todos. No discrimina por edad, raza o historia personal. Puede dañar las relaciones, interferir con la capacidad de las personas para ganarse la vida, y reducir su sentido de la autoestima",

La Organización Mundial de la Salud, ha definido a la salud mental como el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad. De modo que, la problemática de salud mental incluye no sólo los trastornos mentales sino también, problemas psicosociales graves, como diversos tipos de violencia; los cuales generan consecuencias que de no ser abordadas contribuirán a reproducir de generación en generación este problema. (MINSA, 2016)

En relación a los problemas y trastornos de salud mental en la actualidad encontramos los siguientes: Elevadas tasas de prevalencia de violencia contra mujeres, niños, niñas y personas adultas mayores; incremento de la pobreza y de la desigualdad en la distribución de los recursos, desempleo, falta de protección social, falta de reconocimiento de los méritos y escasas oportunidades para el ascenso social que dan lugar a falta de perspectivas para el futuro; graves secuelas psicológicas y económicas en la población que ha sobrevivido a la violencia política, con dificultad por parte del estado y de

la población no afectada tanto para reconocer la magnitud de la afectación como para asignar los recursos para la reparación; alta tasa de prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos, incluyendo el incremento de la frecuencia de suicidio e intento de suicidio, habiendo cambiado nuestro país de ser un país con una tasa baja a ser un país con tasa moderada de suicidios en los últimos diez años; elevado número de personas con trastornos psicóticos crónicos que no reciben atención adecuada; y la gravedad del alcoholismo como problema de salud pública en el país, con consecuencias negativas sobre la salud física y mental de la población y repercusiones económicas aún no cuantificadas en su real magnitud; el consumo de otras sustancias psicoactivas se incrementa continuamente. (MINSA, 2016)

La depresión es reconocida como un problema de salud pública a nivel mundial, y se ve reflejado en nuestra sociedad tanto en madres, padres, niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, nuestra sociedad está cada día más en un deterioro de valores, y a esto conlleva a una sociedad cada vez más marcada por la violencia (delincuencia, pandillaje, asesinato, violaciones, etc.). Según la Organización Mundial de la salud, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. la depresión es distinta de las variaciones habitual del estado de ánimo y respuestas emocionales breves a los problemas de la vida , puede convertirse en un problema de salud serio especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave y puede causar sufrimiento y puede alterar las actividades laborales escolares y familiares en peor caso puede llevar al suicidio , cada año se suicida 800 000 personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en grupos etarios de 15 a 29 años . Ocasionalmente todos nos sentimos en algún momento triste melancólico por lo general desaparece al poco tiempo, pero cuando una persona tiene un trastorno depresivo esto ya interfiere en su vida laboral, vida diaria, y el desempeño normal de las cosas.

Las madres de familia del vaso de leche, son un grupo de mujeres vulnerables en la sociedad, debido a que muchas de ellas tienen un bajo nivel escolar, falta de conocimiento de sus deberes y derechos, el machismo predomina en sus hogares, así como el abuso físico y sexual, del cual son víctimas en

muchas ocasiones delante de sus menores niños; esta realidad las conlleva a desarrollar diversos grados de depresión ya sea leve, moderado, grave.

Villa Rica es un distrito que pertenece a la provincia de Oxapampa departamento de Pasco con una población de 280 449 habitantes y en el distrito de Villa Rica con 20 183 habitantes dividido entre caseríos y anexos del Distrito que conlleva a un 7.19% de la población de Pasco; de esta población 2 100 son usuarios beneficiarios del comité de vaso de leche (INEI, 2008), de las cuales 322 son madres beneficiarias con niños menores de 5 años; esta población es vulnerable de sufrir problemas psicológicos como depresión, ansiedad, etc., debido a que son las que llevan la carga del hogar y de los hijos; es por ello que con el presente estudio se pretende medir los niveles de depresión debido a que este grupo no ha sido evaluado, y con ello obtendremos estadísticas exactas sobre cómo se encuentran estas madres beneficiarias del vaso de leche.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema General.

Frente a lo expuesto líneas arriba se planteó el siguiente problema:

¿Cuáles es el nivel de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018?

1.2.2. Problema Específicos

- ❖ ¿Cuál es el porcentaje del nivel alto de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018
- ❖ ¿Cuál es el porcentaje del nivel moderado de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018?
- ❖ ¿Cuál es el porcentaje del nivel leve de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018?

- ❖ ¿Cuál es el porcentaje del nivel dentro de los límites normales de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018?

1.3. Objetivos General

- Determinar el nivel de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018.

1.4. Objetivos Específicos

- Evaluar el porcentaje del nivel alto de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018.
- Establecer el porcentaje del nivel moderado de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018.
- Evaluar el porcentaje del nivel leve de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018.
- Establecer el porcentaje del nivel dentro de los límites normales de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018.

1.5. Justificación e importancia de la investigación.

La familia es un punto de partida en una sociedad saludable, muchas veces no tomamos en cuenta los problemas de las poblaciones más vulnerables, madres, niños, adolescente; hace aproximadamente en la década de los 70' las familias en su gran mayoría eran constituidas por padre, madre e hijos; donde las madres se dedicaban al cuidado de los hijos y el padre cumplía el rol de proveer y de facilitar las comodidades necesarias, es decir había un compromiso social - conservador, hoy en día esta realidad es distinta, muchos de los hogares están desintegrados, generalmente son las madres las que quedan al cuidado de los hijos y asumiendo ellas el rol de proveer el ingreso

en casa además de tener un bajo nivel de escolaridad, bajos recursos económicos, y falta de oportunidades laborales las conllevan a un deterioro de la salud mental haciéndolas más vulnerables de poder desarrollar una depresión.

Así mismo la presente investigación se justificó en el ámbito práctico, porque nos ayudara a medir una realidad más objetiva para poder implementar estrategias de prevención e intervención en caso de depresión de las madres del comité de vaso de leche.

1.6. Limitaciones

La investigación estuvo limitada en cuanto a la disponibilidad de tiempo de la muestra por lo que se proveyó adecuarse al horario de la misma.

Así mismo estuvo limitada en cuanto a los antecedentes, debido a que no se contó con investigaciones en el grupo de madres familia del vaso de leche.

1.7. Viabilidad o factibilidad

La investigación fue viable debido a que se contó con la aceptación y apoyo de la población y muestra de estudio.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes internacionales

León, (2010), en su tesis de maestría titulada **“Implantación del índice mexicano de satisfacción del usuario en el programa de abasto social de leche Liconsa y el programa 70 y más a cargo de la secretaría de desarrollo social”**; desarrollado en la Universidad Iberoamericana, ciudad de México, para obtener el grado de magister en Ingeniería de la calidad. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la satisfacción de los usuarios de los programas sociales: Programa de Abasto social de la leche Liconsa y el Programa social 70 y más. La metodología es un estudio descriptivo y consiste en la adaptación del América customer satisfaction Index (ACSI), que es un indicador de satisfacción de los consumidores de los Estados Unidos. En la investigación se ha adaptado una metodología de evaluación propia, con la implantación del índice mexicano de satisfacción del usuario (IMSU) en la evaluación de programas sociales de México, la cual pueden ser posteriormente aplicada en futuras evaluaciones. La conclusión a la que llego fue que los beneficiarios del programa de Abasto social de la leche Liconsa se encuentran muy satisfechos con el apoyo que reciben, mientras que los beneficiarios del Programa 70 y más no se encuentran del todo satisfechos, aunque la calificación obtenida se considera buena o regular. (p.52).

Sánchez, (2012), en su tesis titulada **“Estado nutricional de los niños menores de cinco años, beneficiarios del Programa “Desayunos infantiles” del Municipio de Mosquera – Cundinamarca. Pontificia Universidad Javeriana. Bogota – Colombia”**. Tuvo como objetivo de caracterizar el estado nutricional de los niños beneficiarios del Programa desayunos infantiles del municipio de Mosquera y general un proceso de vigilancia alimentaria nutricional. La metodología es descriptiva, de enfoque cuantitativo, con un tipo de estudio básico con un diseño de investigación no

experimental y de corte transeccional. La muestra de estudio es de 439 niños beneficiarios que son 16 evaluados en dos maneras: El primero es la evaluación sociodemográfica a través de un instrumento o encuesta por hogar y el segundo es la evaluación antropométrica, que consiste en el control del peso y talla. La conclusión fue que los beneficiarios evaluados el 51.5% son niños y el 48.5% son niñas. (226 niños y 213 niñas). El 83% de los beneficiarios pertenecen al estrato social bajo. El 26.7% de los beneficiarios presentan retraso en la talla de crecimiento y el 33% presentan riesgo de talla baja. El 4% de los beneficiarios presentan bajo peso, con mayor presencia en niños menores de dos años y solo el 2.3% presentan desnutrición aguda. Así mismo el 80% de los padres de los beneficiarios sienten satisfacción con el Programa alimentario “Desayunos infantiles del Municipio de Mosquera - Cundinamarca. (pp.23-25), (p.27).

2.1.2 Antecedentes nacionales

Tello, (2014), en su tesis de maestría titulada **“Influencia de los programas sociales en el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 36 meses, San Pablo – Cajamarca”**, realizado en la Universidad Nacional de Trujillo, para obtener el grado de magister en Salud Pública. Trujillo Perú. El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación de los programas sociales (Programa vaso de leche, Programa integral de nutrición y Programa Juntos) con el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 36 meses en el distrito de San Pablo - Cajamarca. La metodología del estudio es cuantitativa, descriptiva de diseño no experimental, de corte transseccional y correlacional. La muestra de estudio es 115 niños y niñas de 12 a 36 meses de edad, a quienes se les aplicó dos instrumentos: La primera un cuestionario “Programas sociales,” que fue validado y el segundo instrumento es un cuadro “Estado nutricional de los niños y niñas” que es una tabla de control de crecimiento y desarrollo, comparando con una tabla de indicadores nutricionales de la NCHS/OMS. La información recolectada es procesada por el programa estadístico SPSS y la prueba de correlación de Chi. Cuadrado. La conclusión fue que los niños y niñas de 12 a 36 meses que se beneficiaron de un solo programa social (Programa vaso de leche); presentaron el 5.2% de desnutrición crónica, los que se beneficiaron de dos programas sociales

(Programa vaso de leche y Programa integral de nutrición); presentaron el 19.1% de desnutrición crónica y los que se beneficiaron de los tres programas sociales (Programa vaso de leche, Programa integral de nutrición y Programa Juntos); presentaron el 28.7% de desnutrición crónica. Asimismo, los niños y niñas de 2 a 36 meses que se beneficiaron del Programa vaso de leche por un periodo de 1 a 2 años presentaron el 19.1% de desnutrición crónica, los que se beneficiaron del Programa integral de nutrición por un periodo de 1 a 2 años presentaron el 29.6% de desnutrición crónica y los que se beneficiaron del Programa Juntos por un periodo de 1 a 2 años presentaron el 14.8% de desnutrición crónica. (pág. 35)

Luna, D. (2013), en su tesis titulada: **“Influencia de la depresión en los conocimientos y prácticas alimentarias de las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” en el P.P.J.J Villa el Triunfo del Distrito de Sachaca. Arequipa 2013”**. Señala que en su investigación la edad promedio de las madres fue de 29,25 años, con rango entre los 18 y 45 años. La educación de las madres fue predominantemente secundaria (64,94%). La procedencia de las madres fue en su mayoría de Puno (33,77%). La ocupación de las madres fue predominantemente como amas de casa (81,82%). Identificó que 83,12% de madres tienen depresión, siendo predominante la depresión severa (36,36%), seguida de depresión moderada (22,08%) y depresión leve (24,68%). El nivel de conocimiento de prácticas alimentarias en las madres fue alto en 24,68% de casos, medio en 41,56% y bajo en 33,77%. Las prácticas identificadas fueron adecuadas en 5,19% de casos e inadecuada en 94,81% de madres. Hubo una asociación inversa y de baja intensidad ($r = -0,25$) entre los puntajes de depresión y de conocimientos. La relación entre los puntajes de depresión y prácticas fue casi nula, aunque negativa ($r = -0,02$). Concluyendo que existe una relación inversa discreta entre la depresión y el nivel de conocimientos, y casi nula entre depresión y las prácticas que tienen las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” en el P.P.J.J. Villa en Triunfo del distrito de Sachaca.(pág. 27)

2.1.3 Antecedentes Locales

A nivel local no se cuenta con investigaciones realizadas en esta muestra de estudio, siendo el presente estudio el primero en realizarse en las madres del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Oxapampa, Departamento de Pasco.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Depresión

2.2.1.1 Definición

El primero en definir depresión fue Widlocher, al publicarse su libro «Las lógicas de la depresión» (1986). El autor, Psicoanalista Psiquiatra de la Universidad de París, plantea el libro bajo la perspectiva de la investigación de la depresión desde el punto de vista de «Síndrome»: «El Síndrome depresivo se caracteriza por dos elementos fundamentales: Tristeza y lentitud psicomotriz, uno tiene que ir ligado automáticamente al otro». Los síntomas concretos que englobaría, en cuanto que Síndrome es la clasificación genérica de un montón de síntomas, serían la apatía, el aburrimiento, la melancolía, la nostalgia del pasado, la negación del presente, el pesimismo en el futuro, la lentitud en los movimientos, pobreza en los gestos, poca comunicación y respuestas breves, y acompañado todo esto de trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, tipo anorexia, bulimia, trastornos neurovegetativos y manifestaciones físicas de angustia». (Lowen, 2011).

El segundo autor es A. Lowen, terapeuta que creó el «análisis bioenergético» y autor del libro «La Depresión y el Cuerpo» (1982) que aporta el punto de vista mantenido en las terapias corporales, (en la cual no nos incluimos, aunque parezca paradójico) hablando de la depresión como del estado de inmovilización personal y de pérdida de energía, perdiendo la fe en uno mismo, el sentirse impotente y cerrado emotivamente. Existiendo siempre como base histórica la pérdida del amor de la madre. (Lowen, 2011).

W. Reich, en sus textos hace referencias muy breves a la Depresión, pero utiliza otros términos sinónimos de ésta en cuanto que la terminología

«depresión» en psiquiatría, también ha sido utilizada más actualmente al adjudicar a este término toda una serie de síntomas. Interpretando a Reich, entendería la Depresión como un estado personal consecuencia de la suma de varios factores entre los que estaría la falta de motilidad vegetativa, bloqueo emocional, esto se corresponde un poco con la idea de Lowen (Lowen estudió un tiempo con Reich), pero que responde a lógicas funcionales diversas dependiendo de la estructura de carácter del sujeto. En este último punto estaría la diferencia con Lowen, con Widlocher y en general con la visión de la psicopatología. Concretamente, en base a la estructura de carácter que tiene el sujeto, el estado depresivo va a tener una lógica funcional diferente, una etiología diferente y unas características de actuación distintas y es esta hipótesis la que voy a desarrollar a continuación.

Fundamentalmente, en los textos de Reich se puede observar una diferencia básica entre la depresión en las estructuras de carácter y depresión biopática. Esta última en cuanto a concepto que Reich (1948a) define como resignación caracterial no visible a simple vista, es decir, una situación de resignación de base existencial que no tiene porqué manifestarse hacia el exterior. Puede tratarse de personas hiperactivas, Optimistas aparentemente, pero con una base «resignada depresiva». Reich expuso este concepto en su libro «La Biopatía del Cáncer» (1948). En él se expone cómo la resignación es una de las claves para entender el desarrollo de las biopatías.

2.2.1.2. Diferenciación de depresión con otros términos

a) Depresión – tristeza:

Empecemos por el término «tristeza». La tristeza no tiene porqué ser sinónimo de depresión, la tristeza es una emoción. Una emoción que puede producirse por factores actuales, y por lo tanto una emoción real. Utilizo el término real refiriéndome a la respuesta que tiene una lógica actual y por tanto es una respuesta sana. Sana, dentro de una lógica funcional Reichiana, es decir, una respuesta natural del organismo ante unos estímulos de los medios nocivos o negativos. Así, por ejemplo, una imposibilidad de comunicación satisfactoria, un momento de soledad, una situación de decepción con respecto a una persona, con respecto a un grupo de un equipo de trabajo, con respecto a un

compañero/a, problemas laborales, etc., pueden perfectamente generar un estado de tristeza, visto como elemento emotivo. Emoción en el sentido de expresión de una dolencia. La emoción siempre va ligada al movimiento, y el sujeto puede estar triste, pero a fin de cuentas hay una vitalidad, hay un movimiento, porque esa persona, si se dejara llevar por el sentimiento aparecería el llanto al momento aflictivo.

b) Depresión – duelo:

Otro concepto importante es el «duelo», término, sobre el que en 1915 Freud escribió un artículo denominado «Duelo y Melancolía». En este artículo Freud definió el duelo como el proceso de desinvestimiento libidinal del objeto amoroso; es decir el tiempo que el sujeto tarda en desvestir al objeto de la carga libidinal, de la situación comunicativa afectiva amorosa que desarrolló con él, ante la pérdida de éste. (Freud, 1915). Podríamos definir el duelo actualmente, siguiendo esta perspectiva, como el estado psicofísico también real, que se puede dar ante una situación actual, como consecuencia de la pérdida del ser amado o de una situación vital. El tiempo de duelo es un tiempo que hay que vivir, consecuencia real de algo valioso que ha desaparecido, y responde a una lógica natural. El no ser vivido está reflejando una sintomatología.

c) Depresión – abatimiento y fatiga:

Este puede producirse por mil motivos: una situación de estrés excesivo, por factores de mediación, por preocupaciones económicas, por un exceso de trabajo, etc., que pueden crear aparentemente un estado depresivo, que no es tal, sino que es simplemente una consecuencia, basada en una situación de confusión, de obnubilación, de malestar, fruto de una situación de estrés que a fin de cuentas también conlleva una transformación bioquímica que puede generar elementos similares a las transformaciones que se observan en estados depresivos, pero siendo dinámicamente diferente. Todos estos conceptos pueden responder a elementos actuales, mientras que el estado depresivo, si bien va a estar siempre influido por el momento actual, no podemos olvidar que Reich insiste siempre en que las circunstancias económicas, amorosas sexuales que vive el sujeto nunca hay que olvidarlas

y puede jugar un papel más o menos importante dependiendo del tipo de estado depresivo, siempre va a existir un componente histórico dentro de la dinámica etiológica de dicho estado, en cuanto que la depresión es, o bien una respuesta de un carácter estructurado en base a una reacción debida a una insatisfacción oral o una inaccesibilidad edípica como veremos después, o bien la consecuencia de un proceso de falta de estructuración caracterial por una carencia de base.

Según la Organización Mundial de la salud, la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. la depresión es distinta de las variaciones habitual del estado de ánimo y respuestas emocionales breves a los problemas de la vida , puede convertirse en un problema de salud serio especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave y puede causar sufrimiento y puede alterar las actividades laborales escolares y familiares en peor caso puede llevar al suicidio , cada año se suicida 800 000 personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en grupos etarios de 15 a 29 años.

Ocasionalmente todos nos sentimos en algún momento triste melancólico por lo general desaparece al poco tiempo, pero cuando una persona tiene un trastorno depresivo esto ya interfiere en su vida laboral, vida diaria, y el desempeño normal de las cosas.

Los episodios depresivos típicos ya sea leve moderado o graves sufre:

- Un estado de ánimo bajo reducción de energía, y disminución de actividad la capacidad de interesarse, concentrarse
- Esta reducida lo más frecuente es el cansancio exagerado a una actividad, esfuerzo mínimo.
- Sueño suele estar alterado (insomnio, pocas horas de descanso, despertarse unas horas antes de lo habitual)
- Apetito disminuido notablemente. Por ende, pérdida de peso más de 5% o más del peso corporal del último mes.
- La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas

- Frecuentemente ideas de culpa e inutilidad
- El estado de ánimo bajo pérdida de interés, la capacidad de disfrutar lo que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones y emociones ante una actividad que normalmente producen una respuesta placentera.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Debe durar al menos dos semanas.
- Enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas)
- Notable disminución de la libido (deseo sexual).

2.2.1.3. Etiología de la depresión

La depresión puede deberse a un sinnúmero de razones, esto puede incluir la muerte de algún pariente cercano, una enfermedad, pérdida del empleo, alcoholismo o aislamiento de las familias o de los amigos. Algunas personas están en mayor riesgo. Las mujeres han mostrado tener una mayor vulnerabilidad cuando han perdido a su madre siendo aún niñas, o cuando tienen 3 o más niños a su cuidado, cuando no tienen una relación sentimental estable, o cuando necesitando un trabajo, o no lo tienen. (Luna, D.; 2013).

A continuación, se hace una distribución de la etiología según Toro. R. (2001)

A. Primarias

a. Bioquímicas cerebrales

Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión, mientras que excesos de ellos producen manía). Más recientemente se ha sugerido que una disminución de serotonina es el causante de la depresión, inclusive, puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor.

Adicionalmente se han relacionado con depresión el GABA y la acetilcolina.

b. Neuroendocrinos

Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo. Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol.

Además, existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3, poseen depresión, sin embargo, muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración en la función tiroidea.

Otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación de hormona del crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanece hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de depresión.

c. Neurofisiológicos

Un hallazgo importante y común en los pacientes deprimidos a los que se les realiza EEG, es la disminución de los movimientos oculares rápidos (MOR, O REM por las siglas en inglés).

d. Genéticos y familiares

Estudio en familiares han revelado relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1,5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general.

e. Factores Psicológicos

Algunos autores sugieren que, en las depresiones, principalmente la de menor intensidad, la presencia de factores psicógenos tiene gran importancia. Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos.

B. Secundarias

a. Drogas

Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos con mayor frecuencia. Entre ellos AINES (indometacina, fenocetina fenilbutazona), antibióticos (cicloserina, griseofulvina, sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, propranolol, reserpina, bloqueadores de canales de calcio), antipsicóticos, drogas cardiacas (digitálicos, procainamida), corticoesteroides y ACTH, disulfirán, L-Dopa, metisérgida y contraceptivos orales.

b. Enfermedades orgánicas

Cualquier enfermedad, especialmente las graves, puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia; Alzheimer, Parkinson, Huntington, epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos del calcio, feocromocitoma, porfirina, cáncer de páncreas, infarto al miocardio.

c. Enfermedades infecciosas

Hepatitis, influenza y brucelosis.

d. Enfermedades psiquiátricas

La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos. Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden cursar con depresión. El alcoholismo y la farmacodependencia pueden también producir depresión secundaria.

2.2.1.4. Causas de depresión en las mujeres

Los científicos están examinando muchas causas que podrían explicar el aumento en el riesgo de padecer depresión que tienen las mujeres y muchos factores que pueden contribuir a que esto sea así. Es probable que los factores genéticos, biológicos, químicos, hormonales, ambientales,

psicológicos y sociales se unan o crucen para contribuir a la depresión. (Lawraence, M.; 2004)

a. La genética

Si una mujer tiene antecedentes familiares de depresión, puede tener mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Pero, esta no es una regla que siempre aplica. La depresión puede ocurrir en mujeres sin antecedentes familiares de depresión y es posible que ciertas mujeres de familias con antecedentes de depresión no la padezcan.

Las investigaciones genéticas indican que es posible de que el riesgo de padecer de la depresión implique la combinación de múltiples genes con factores ambientales o con otros factores. (Lawraence, M.; 2004)

b. Las sustancias químicas y las hormonas

La química del cerebro parece ser un factor muy importante en los trastornos depresivos. Las tecnologías modernas de obtención de imágenes del cerebro, como la resonancia magnética (RM), han demostrado que el cerebro de las personas que padecen de la depresión es diferente a la del cerebro de quienes no la padecen.

Las partes del cerebro responsables de regular el estado de ánimo, pensamiento, sueño, apetito y la conducta parecen no funcionar normalmente. Además, los neurotransmisores parecen estar fuera de balance. Pero estas imágenes no revelan el motivo por el cual se produce la depresión.

Los científicos también están estudiando la influencia de las hormonas femeninas, las cuales cambian a lo largo de la vida. Los investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente la química del cerebro que controla las emociones y el estado de ánimo. Existen etapas específicas durante la vida de una mujer que son de especial interés, como la pubertad; los días antes de los períodos menstruales; antes, durante el posparto, y la perimenopausia. (Lawraence, M.; 2004)

c. El Trastorno disfórico premenstrual

Algunas mujeres pueden ser propensas a un tipo de síndrome premenstrual grave llamado trastorno disfórico premenstrual o TDPM. Durante la semana antes de la menstruación, las mujeres afectadas por el TDPM generalmente padecen depresión, ansiedad, irritabilidad y cambios de estado de ánimo, de tal manera que interfieren con su desempeño normal. Las mujeres con TDPM debilitante no necesariamente tienen cambios hormonales inusuales, pero si responden diferente a estos cambios.

Además, pueden tener antecedentes de otros trastornos del estado de ánimo y diferencias en la química del cerebro que hacen que sean más sensibles a los cambios hormonales relacionados con la menstruación. Los científicos están investigando de qué manera el aumento y la disminución cíclica de los estrógenos y otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva. (Lawraence, M.; 2004)

d. La Depresión posparto

Las mujeres son especialmente vulnerables a la depresión después de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos y la nueva responsabilidad de cuidar al recién nacido pueden resultar muy pesados. Muchas madres primerizas padecen un breve episodio de cambios leves en el estado de ánimo que se conocen como “tristeza posparto”, pero algunas sufren depresión posparto, una enfermedad más grave que requiere de tratamiento activo y de apoyo emocional para la madre primeriza. En un estudio se demostró que las mujeres en etapa posparto tienen un riesgo mayor de padecer varios trastornos mentales, incluso depresión, durante muchos meses después de dar a luz.

Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido episodios depresivos anteriormente. Algunas de ellas los padecen durante embarazo, pero estos episodios depresivos suelen pasar sin que ellas se den cuenta. Las investigaciones sugieren que las consultas con el médico durante el embarazo y en el período posparto pueden ser una buena oportunidad para detectar la depresión. (Lawraence, M.; 2004)

e. La Menopausia

Los cambios hormonales aumentan durante la transición entre la premenopausia y la menopausia. Aunque algunas mujeres pueden entrar en la menopausia sin problemas de estado de ánimo, otras tienen mayor riesgo de padecer depresión. Esto parece ocurrir incluso entre las mujeres que no tienen antecedentes de depresión.

Pero, la depresión es menos común en las mujeres durante el período posterior a la menopausia. (Lawraence, M.; 2004)

2.2.1.5. TIPOS DE DEPRESIÓN

Según la cie 10 se puede clasificar en:

🔹 Episodio depresivo (F32)

En los episodios depresivos típicos, ya sean leves, moderados o graves, el paciente sufre un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida, y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en las formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad. El estado de ánimo bajo varía poco de un día a otro, no responde a las circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas "somáticos", como son: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, enlentecimiento psicomotor importante, agitación, pérdida de apetito, pérdida de peso y disminución de la libido. En función del número y severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave.

Incluye: Episodios aislados de:

- Reacción depresiva.
- Depresión psicógena.
- Depresión reactiva.

Excluye:

Trastorno de adaptación (F43.2).

Trastorno depresivo recurrente (F33.-).

Cuando se asocia a trastorno de la conducta en F91.- (F92.0).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

G2. No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30.-) en ningún período de la vida del individuo.

G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a ningún trastorno mental orgánico (en el sentido de F00-F09).

Síndrome somático

Comúnmente se considera que algunos síntomas depresivos que aquí se denomina "somáticos" tienen un significado clínico especial (en otras clasificaciones se utilizan términos como biológicos, vitales, melancólicos o endogenomorfos).

Puede utilizarse un quinto carácter (como se indica en F31.3; F32.0 y F32.1; F33.0 y F33.1) para especificar la presencia o ausencia del síndrome somático. Para poder codificar el síndrome somático deben estar presentes cuatro de los siguientes síntomas:

1. Pérdida de interés o capacidad para disfrutar importantes en actividades que normalmente eran placenteras.
2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada referida por terceras personas).
6. Pérdida marcada de apetito.

7. Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
8. Notable disminución de la libido.

Episodio depresivo leve (F32.0.)

Suelen estar presentes dos o tres de los síntomas (anotados antes en F32 y también enumerados a continuación). El paciente, por lo general, está afectado por ellos, pero probablemente podrá seguir con muchas de las actividades que realiza.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).

B. Presencia de, por lo menos, dos de los tres síntomas siguientes:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.
2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de cuatro:

1. Pérdida de confianza o disminución de la autoestima.
2. Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o pruebas de disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
5. Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
6. Cualquier tipo de alteración del sueño.
7. Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del "síndrome somático":

F32.00 Sin síndrome somático.

F32.01 Con síndrome somático.

Episodio depresivo moderado (F32.1)

Normalmente están presentes cuatro o más de los síntomas (anotados antes en F3 y también enumerados a continuación) y el paciente es muy probable que tenga grandes dificultades para seguir con sus actividades ordinarias.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de, al menos, dos de los tres síntomas descritos en el criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, para sumar un total de al menos seis síntomas.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia del "síndrome somático":

F32.10 Sin síndrome somático.

F32.11 Con síndrome somático.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)

Episodio depresivo en el que varios de los síntomas descritos anteriormente son marcados y afectan al paciente; son típicas la pérdida de la autoestima y las ideas de auto desprecio o culpa. También son comunes las ideas o actos suicidas y suelen estar presentes unos cuantos síntomas "somáticos".

Episodio aislado sin síntomas psicóticos de:

- Depresión agitada.
- Depresión mayor.
- Depresión vital.

Nota diagnóstica

Si síntomas importantes, como agitación o enlentecimiento, son notables, el paciente puede no estar dispuesto o ser incapaz de describir con detalle

muchos síntomas. A pesar de ello, una valoración global de episodio grave está justificada en tales casos.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- A. Deben cumplir los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0.
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C de F32.0, hasta un total de al menos ocho.
- D. Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

↗ Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Un episodio de depresión tal como se describe en F32.2, pero con la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, enlentecimiento psicomotriz o estupor suficientemente graves que imposibilitan las actividades sociales ordinarias. La vida del paciente puede estar en peligro por riesgo de suicidio, deshidratación o inanición. Las alucinaciones y las ideas delirantes pueden o no ser congruentes con el estado de ánimo.

Episodio aislado de:

- Depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva reactiva.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

- A. Deben cumplirse los criterios generales de episodio depresivo (F32).
- B. Deben cumplirse los criterios de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), a excepción del criterio D.
- C. No se cumplen los criterios de esquizofrenia (F20.0-F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo (F25.1).
- D. Presencia de cualquiera de los siguientes:
 - 1. Ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia -criterio G1.1.b), c) y d) de F20.0-F20.3- (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente

inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondriaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio.

2. Estupor depresivo.

Puede utilizarse un quinto carácter para especificar si los síntomas psicóticos son o no congruentes con el estado de ánimo:

- F32.30 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de culpa, inutilidad, de enfermedad corporal o de desastre inminente, o alucinaciones auditivas de burla o condenatorias).
- F32.31 Con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo (por ejemplo, ideas delirantes de persecución o autorreferenciales o alucinaciones sin un contenido afectivo).

Otros episodios depresivos (F32.8)

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

Nota diagnóstica

Deben incluirse aquí los episodios que no se ajusten a las descripciones dadas para los episodios depresivos en F32.0-F32.3, pero cuya impresión diagnóstica global indique que son de naturaleza depresiva. Entre los ejemplos se incluyen mezclas de síntomas depresivos (en particular los del síndrome somático) con síntomas no diagnósticos, tales como tensión, preocupación y aflicción, y mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o astenia que no se deben a causas orgánicas (como a veces se ven en medios hospitalarios).

Episodio depresivo sin especificación (F32.9)

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación

2.2.1.6. TEORÍAS QUE EXPLICAN LA DEPRESIÓN

- **Explicaciones psicodinámicas**

Antes que Freud, Abraham (1912) estudió la depresión y lo hizo de una forma más extensa. Sin embargo, ambos coincidieron al señalar algunos rasgos comunes en los pacientes con depresión. Entre ellos se encuentran: la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente, un estado de ánimo profundamente doloroso, cese del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar, e inhibición de todas las funciones (Polaino-Lorente, 1985).

En cierto sentido, todas las reacciones depresivas adultas son respuestas diferidas con el precipitante inmediato en la vida adulta poniendo de manifiesto sentimientos que pueden rastrearse hasta la niñez temprana. Puesto que todo niño experimenta pérdida y sentimiento de inadaptación, y desamparo, todo adulto posee la capacidad para desarrollar respuestas depresivas (Mackinnon, Michels, 1971).

Freud desarrolló un trabajo llamado “duelo y melancolía” en el cual, sugirió que así como el duelo resulta de la pérdida por muerte, la melancolía surge por la pérdida de otro tipo. Como no todos los deprimidos habían sufrido una pérdida real, Freud explica que existen otras pérdidas internas a lo que llamó “pérdida de objeto” (Gelder, Gath, Mayou, 1993). El remedio consistía entonces, en explorar la mente inconsciente mediante la asociación libre y estudiando las reacciones del paciente ante su analista con lo cual se identificaban y reconstruían esas primeras experiencias vitales y se resolvían sus influencias en la vida adulta (Gold, 1988).

Según Freud, la causa de muchas depresiones es psicológica. Considera el estado de ánimo depresivo como una forma de adaptación, que funciona como mecanismo de defensa. Él y sus seguidores formularon el concepto de la depresión como una manifestación de hostilidad contra la persona amada a la que se perdió en la infancia. Existe una reacción de odio contra el objeto de amor perdido, por haber desaparecido. Este odio a la persona amada provoca excesivos sentimientos de culpa y, para defenderse contra esta culpa, el individuo revierte contra sí mismo los sentimientos de odio.

De la misma forma, según Fenichel (1945, citado por Davison y Neale, 1983), Freud señaló que el potencial depresivo tenía su origen en la primera infancia. Él afirma que, durante la etapa oral, las necesidades orales del infante pueden ser insuficientes o excesivamente satisfechas. La persona permanece por lo tanto fijada en esta etapa y depende de la satisfacción de las necesidades características de la misma. Al estar detenida la maduración psicosexual, se puede formar en ella una tendencia a depender excesivamente de otras personas en cuanto al mantenimiento de la propia estimación.

Bibring (1953) y Jacobson (1953) modificaron posteriormente la teoría de Freud. Ellos sugieren que la pérdida de dignidad es de importancia central en los trastornos depresivos. Además, señalaron que la dignidad depende no sólo de experiencias en la etapa oral, sino también de fracasos en periodos posteriores del desarrollo. Sin embargo, aunque la baja autoestima sin duda forma parte del síndrome de trastornos depresivos, no hay evidencia clara en cuanto a su frecuencia antes de que se inicie la enfermedad (Gelder, Gath, Mayou, 1993).

Todos los individuos tienen representaciones mentales de quienes son importantes en su vida, incluidos ellos mismos. Asimismo, además de la representación de quienes somos, existe el ego ideal, que es la imagen mental de lo que quisiéramos ser. De esta forma, el grado en que la autoimagen corresponda con el ego ideal, contribuye y constituye parte del amor propio. Así, la disminución en la confianza y en la autoestima son síntomas importantes de la depresión. Según el psicoanálisis, la autoestima de la mayoría de los individuos que son propensos a sufrir una depresión, se basa en una aportación continua de cariño, respeto y aprobación por parte de las personas importantes en sus vidas. De esta forma, el distanciamiento o ruptura de una relación con estas personas crea una amenaza para la fuente de abastecimiento narcisista del cariño y la satisfacción de dependencia del paciente. Esto tiene consecuencias en la autoestima del paciente y, por lo tanto, puede conducir a una depresión (Mackinnon, Michels, 1971).

La conducta de los individuos ha sido regida por el principio del placer. De esta forma, el individuo busca el placer, evitando el dolor. La conducta

masoquista es otro de los puntos centrales dentro del psicoanálisis. Según ésta corriente, dicha conducta, constituye una excepción en la regla (ibid).

El paciente masoquista, parece evitar el placer e inclusive, buscar el dolor.

Según el psicoanálisis, el masoquismo es un rasgo de carácter central de las personas deprimidas. Una de sus formas es cuando el paciente es incapaz de evitar su desdicha.

Otra, más grave, es la conducta autodestructiva, como, por ejemplo, el suicidio. Desde otro punto de vista, el masoquismo puede servir como defensa de la depresión, si es así, el paciente puede sentir orgullo por el estado en el que se encuentra. Esto se acompaña de la negación que el paciente expresa de sus dificultades y su proyección hacia el mundo exterior (ibid).

- **Explicaciones psicosociales:**

Se ha mostrado que un cierto grado de estrés social incrementa el riesgo de sufrir una depresión (Bennett, 2003). Muchos teóricos socioculturales proponen que la depresión está influenciada por la estructura social en la cual la persona vive. Creen que existen lazos entre la depresión y ciertos factores como la cultura, la raza y el apoyo social (Comer, 2001).

Díaz, Torres y cols. (2006) afirman que la separación matrimonial, el status de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación económica, la inestabilidad laboral, el vivir aislado del centro urbano las dificultades laborales o familiares, entre otras, constituyen las causas sociales para la aparición del trastorno depresivo mayor.

Algunos estudios realizados recientemente, sugieren que el incremento de riesgo para la depresión mayor es causado por el aumento de la sensibilidad de la persona a los eventos estresantes de la vida (Kendler, Keeler, Walters, et al, 1995, citado por Alloy, et al, 2005).

Se han investigado muchas de las relaciones que existen entre la cultura y la depresión. Algunos de los hallazgos encontrados explican que en todas las culturas existe la depresión y todas las personas se encuentran en riesgo de enfrentarse a ella; sin embargo, la depresión puede variar de cultura a cultura

(Chen, Rubin, y Li, 1995, citados por Comer, 2001). Comer (2001), dice que la depresión varía también de subgrupo en subgrupo dentro de una misma sociedad, por ejemplo y como se ha visto dentro de esta investigación, es mucho mas alta la prevalencia para mujeres que para hombres. Según este autor, existe una explicación sociocultural que sostiene que las complejidades de los roles de la mujer en la sociedad, la dejan particularmente predispuesta a la depresión.

Estas explicaciones sugieren que las mujeres actualmente viven con más responsabilidades y menos calidad de vida que los hombres. Además, están sometidas a más presiones sociales, lo cual incrementa su estrés (Bird y Rieker, 1999 citado por Bennet, 2003). Holen-Hoeksama (1990, citado por Bennet, 2003), argumenta que cuando un hombre experimenta circunstancias que podrían acarrear a una depresión, cuenta con más capacidad para distraerse de sus pensamientos negativos que las mujeres, quienes se interesan más en las posibles causas, incrementando así, sus cogniciones o pensamientos depresivos.

Como señalé anteriormente, existen diferencias entre las personas casadas y las divorciadas o separadas, teniendo estas últimas mayor predisposición para padecer depresión. Un estudio realizado por Moos y Cronkite, (1999) y Goodyer y cols., (1997) encuentra que las personas deprimidas que carecen de un apoyo social pueden sufrir una depresión más duradera que quienes cuentan con amistades o relaciones estables (Comer, 2001).

Asimismo, existe una teoría conocida como interpersonal en la cual se postulan un conjunto de pasos que originan una depresión. El primer paso es el fracaso del individuo durante su infancia al adquirir habilidades necesarias para desarrollar relaciones íntimas satisfactorias. Al fracasar en esto se crea una sensación de desesperación, aislamiento y depresión. Ya cuando la depresión se ha establecido se va a mantener debido a las habilidades sociales pobres y al deterioro de la comunicación, cosa que, a su vez, trae como consecuencia más rechazo por parte de los demás. De esta forma, la teoría interpersonal afirma que este círculo de depresión, falta de habilidades

sociales y de interacción social es el verdadero causante de una depresión (Halgin y Krauss, 2005).

Un estudio realizado por Leff, Roatch y Bunney en 1970 en 40 pacientes deprimidos, descubrió que cada uno de los pacientes había estado sometido a eventos estresantes anteriores a sus primeros síntomas, entre los cuales se encontraron: amenaza a la identidad sexual, cambios en la relación conyugal o de trabajo, enfermedad física, fracasos, incrementos de responsabilidades entre otras (Mackinnon y Michels, 1971).

4.3 Explicaciones conductuales.

Las teorías conductistas de la depresión se basan en el condicionamiento operante.

Lewinsohn y cols. (1979), sugieren que la depresión es el resultado de un bajo reforzamiento positivo (Bennet, 2003). Los conductistas creen que la depresión es el resultado de cambios en las recompensas y castigos que la gente recibe en sus vidas y que la forma de ayudarlos es construyendo patrones más favorables de reforzamiento.

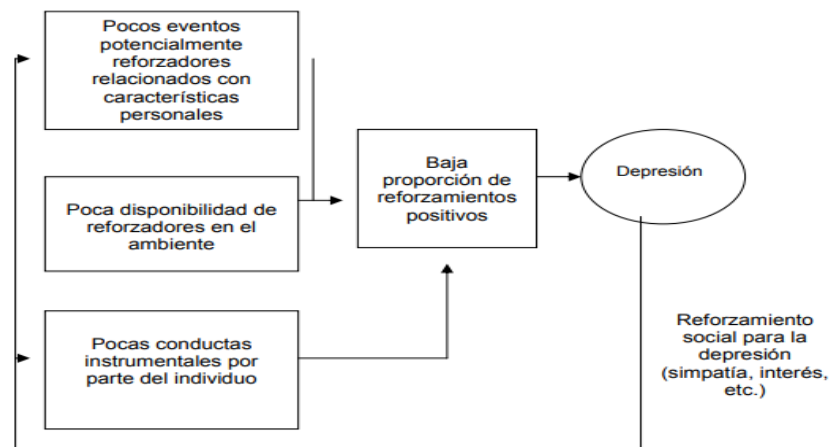
Específicamente la mayoría de los teóricos del aprendizaje han visto la depresión como una función de la poca frecuencia del reforzamiento social que incluye dinero, prestigio y amor (Sarason y Sarason, 1975).

Davison y Neale (1983), explican un modelo creado por Lewinsohn en el cual sugiere que:

1. La sensación de depresión y de algunos síntomas del síndrome clínico, como la fatiga, pueden presentarse cuando la conducta recibe pocos reforzamientos.
2. Esta mínima dosis de reforzamientos positivos, la conducen a disminuir aún más la dosis de actividad, por lo tanto, los reforzamientos se vuelven aún más escasos.
3. La cantidad obtenida de reforzamientos positivos está en función de tres conjuntos de variables: a) el número de reforzadores potenciales disponibles

para un individuo con base en sus características personales como por ejemplo edad, sexo, y atractivo para los demás, b) el número de reforzadores potenciales con relación al ambiente en que se encuentra la persona como el estar en su casa y no en la cárcel, por ejemplo, y c) el repertorio de conducta de la persona que pueden ser reforzadas como por ejemplo aptitudes vocacionales y sociales.

A continuación, se presenta el modelo tal y como lo representa Lewinsohn (en prensa citado por Davison y Neale, 1983).



Se dice que a las personas deprimidas les ocurren más cosas desagradables que a las personas no deprimidas (Lewinsohn y Talkington, 1979 citado por, Sarason y Sarason, 1975). Esta mayor respuesta negativa ha sido demostrada mediante encuestas y también en experimentos de laboratorio. Lewinsohn, Lobitz y Wilson, en 1973 realizaron una investigación que comparó la facilidad de reacción autonómica en grupos de personas deprimidas y no deprimidas tras haber recibido una estimulación aversiva (choques eléctricos). Los resultados muestran que las personas deprimidas respondieron más al estímulo aversivo que el grupo no deprimido. Esto los llevó a la conclusión de que un individuo deprimido mostrará una mayor tendencia que la usual a alejarse de situaciones que le son desagradables. De la misma forma, con este alejamiento disminuirán probablemente las oportunidades que la persona deprimida tiene para obtener reforzamientos (Sarason y Sarason, 1975).

Asimismo, Lewinsohn reporta que las recompensas positivas en la vida disminuyen en algunas personas, conduciéndolos a realizar menos comportamientos positivos (Comer, 2001).

Así, en el paciente deprimido, la atención y el cuidado de la familia, o el protagonismo que él desempeña frente al terapeuta, refuerzan las secuencias conductuales depresivas. Por otra parte, la conducta del sujeto deprimido, su ansiedad, pesimismo, etcétera, darán como resultado un comportamiento de evitación entre sus conocidos, lo cual, disminuirá aún más la accesibilidad y la posibilidad de obtener refuerzos positivos (ibid).

Ahora bien, Seligman, Maier y Ovenir estudiaron la relación entre el aprendizaje instrumental y el temor condicionado. Así, ellos demostraron mecanismos de comportamientos y etiológicos en la depresión, entre los cuales se encuentra lo que Seligman llamo “indefensión aprendida” (helplessness) (Vara, 2006).

Esta hipótesis proviene de experimentos con perros, a los cuales, primero se les presentó un estímulo nocivo, en éste caso un choque eléctrico del cual no podían escapar, al principio del experimento ellos empezaron a luchar para escapar. Sin embargo, finalmente se echaron pasivamente y siguieron soportando el choque. Incluso después, cuando era posible ya evitarlo, no hicieron nada, ya que habían aprendido a ser impotentes (Sarason y Sarason, 1975).

Con los resultados de este experimento se llegó a la conclusión de que existen dos componentes fundamentales: en el caso de un hombre normal, el organismo se apropia del entorno y automáticamente predice los eventos que sucederán después.

Así, en el caso de la indefensión aprendida, aparece una independencia entre las respuestas y los refuerzos. Además de esto, Lewinsohn afirma que un sujeto normal elabora continuamente expectativas sobre lo que ocurrirá en relación con las conductas que emite. Al quedarse sin auto-información acerca de las consecuencias que suceden por su conducta, la representación

cognitiva de lo ocurrido, transformará la expectativa sobre el porvenir y en seguida la percepción, el aprendizaje y sus convicciones (Vara, 2006).

De esta forma, Seligman formuló la hipótesis de que algo de la depresión en los humanos en realidad es un estado de indefensión aprendida. La gente deprimida piensa que no tiene control sobre lo que les rodea y, por lo tanto, soporta con pasividad los problemas que en realidad tienen solución, pues cree habitualmente que no tiene otra alternativa (Sarason y Sarason, 1975). Para Lewinsohn, la indefensión aprendida, se debe a una baja tasa de refuerzos positivos que posteriormente sufrirán una elaboración secundaria como sentimientos de culpa, pesimismo y autodesprecio (Comer 2001).

Otra de las explicaciones que Seligman propone como posible relación entre la indefensión aprendida y la depresión es que en ambas, la apatía y la pasividad son síntomas conductuales. Además, los individuos muestran estas manifestaciones como respuesta a experiencias previas en las que se sintieron impotentes para controlar los eventos que les ocurrían (Halgin y Krauss, 2005).

Después de varias críticas, Seligman y sus colaboradores modificaron la teoría para desarrollar la “formulación revisada” de la teoría de la indefensión aprendida (Abrahmson, Seligman y Teasdale, 1978, Peterson y Seligman 1984, citado por Halgin y Krauss, 2005). Esta revisión añade a la teoría el papel de las atribuciones, es decir, la explicación que la gente da a las cosas que suceden. Así, en la indefensión aprendida la exposición a situaciones que inducen indefensión, conduce a los individuos deprimidos a atribuir los problemas a una falta de recursos personales. Dichas atribuciones son internas, estables y globales. En contraste con esto, las personas que no están deprimidas, logran atribuir los problemas a situaciones que no están en sus manos, considerando sus problemas temporales y pensando que son específicos ante determinada situación.

Seligman cree que la indefensión aprendida es sólo un factor causal de la depresión y que debe considerarse junto con los factores químicos, los estados fisiológicos y la falta de interés en los reforzamientos. No obstante, la

idea de la indefensión aprendida es útil para sugerir estrategias de tratamiento en determinadas depresiones (Sarason y Sarason, 1975).

Las terapias que se utilizan con base en estas explicaciones conductuales, se basan en la modificación de algunas formas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, prescindiendo del mundo intrapsíquico. Existen muchas técnicas que han surgido de esta orientación terapéutica. Entre ellas se encuentran: la relajación, el entrenamiento en adquisición de habilidades sociales, el asertividad, las técnicas de exposición a los factores estresantes, etcétera (Comer, 2001).

2.2.1.7. FACTORES QUE FAVORECEN LA DEPRESIÓN EN MUJERES

➤ Factores Biológicos

Cuando se habla de factores biológicos que favorecen la depresión se pueden observar aspectos como que las personas que se deprimen seriamente experimentan cambios químicos en el cerebro que pueden facilitar su aparición (Nolen- Hoeksema, Larson y Grayson, 1999).

Los niveles de noradrenalina y serotonina y su equilibrio entre sí desempeñan un papel importante en la forma de reaccionar ante los diferentes eventos de la vida diaria, como sentir alegría cuando se ve a un ser querido o llanto cuando se ve una película triste (Calderón-Narváez, 1999).

También es posible hablar de cierta tendencia genética, ya que se ha encontrado en pacientes con depresión que sus padres, abuelos o tíos padecieron también este trastorno y de ahí quizá heredaron la tendencia a deprimirse. Personas sensibles que en ocasiones toman algunos medicamentos para enfermedades como hipertensión, ansiedad (ansiolíticos), pueden tener depresión (Lara, 1995).

Investigadores como Slater (1993) y Tienari (1994), han encontrado evidencias de factores genéticos y no genéticos en la depresión. Los estudios muestran que:

Los niños adoptados cuyos padres biológicos tuvieron depresión tienen mayor probabilidad de presentarla que aquellos adoptados que no tienen historia familiar de depresión. Esto sugiere una relación genética.

Los gemelos idénticos, que comparten los mismos genes, tienen tasas más elevadas de depresión en ambos gemelos que los fraternos, quienes comparten sólo algunos de los mismos genes. Esto también sugiere una relación genética.

Cualquiera de estos trastornos puede llevar a la depresión, siendo más común, la depresión en pacientes con hipotiroidismo.

De acuerdo a Schmider, Deuschle, Schweiger, Korner, Gotthardt y Heuser, (1995), las glándulas suprarrenales producen varias hormonas que desempeñan un papel clave en las actividades del cuerpo, como el metabolismo, la función inmune y la respuesta al estrés. Por lo que algunas personas con depresión tienen demasiada hormona adrenal o cortisol en la sangre. El exceso de cortisol puede alterar directamente la función cerebral o el equilibrio natural de los neurotransmisores en el cerebro.

También la actividad del hipotálamo se relaciona con la depresión debido a que éste regula la secreción de hormonas. Produce y libera proteínas pequeñas (péptidos) que actúan sobre la glándula hipófisis en la base del cerebro. Estos péptidos estimulan o inhiben la liberación de varias hormonas a la corriente sanguínea, cuando se percibe una amenaza potencial, alerta a lo que se conoce como el eje HPA hipotálamo, glándula hipófisis y glándulas suprarrenales.

Éstos forman el sistema hormonal que regula la respuesta del cuerpo al estrés.

Y se ha observado que la gente con depresión tiene actividad aumentada del eje HPA (Calderón-Narváez, 1999).

Se ha visto que las influencias biológicas generan diferencias entre géneros, sobre todo a partir de la adolescencia. Los cambios hormonales producen estresores que precipitan la depresión, sobretodo en mujeres. Se ha

observado que ocurren cambios psicológicos debido a estos cambios, que pueden ocasionar un nivel de depresión mayor en mujeres (McGrath, Keita, Strickland y Russo, 1990). Las mujeres durante su vida atraviesan por una serie de eventos, la mayoría de ellos relacionados con la situación hormonal, como son: la menstruación, el parto, el posparto, la menopausia y el síndrome denominado “nido vacío” (Priest, 1992).

Las mujeres tienen mayor riesgo de depresión que los hombres y los estrógenos pueden ser una de las razones. Se cree que éstos alteran la actividad de los neurotransmisores que contribuyen a la depresión. Muchas mujeres presentan un estado de ánimo deprimido durante la fase premenstrual de sus ciclos mensuales. Algunas sufren depresión posparto después del nacimiento de un bebé. Otras tienen depresión alrededor de la menopausia. Esto se debe a que todos éstos son tiempos en los que disminuyen los niveles de estrógeno (Bar, 1999).

Se ha observado que, durante la menstruación, el parto o la menopausia, existen variaciones del estado de ánimo, que van desde sentimientos leves de tristeza, hasta en ocasiones depresión profunda (Burin, Moncarz y Velásquez, 1990).

En un estudio realizado por Culbertson (1997) halló que muchas mujeres experimentan cambios en el estado de ánimo por lo general antes de la menstruación como: ansiedad, irritabilidad y tristeza; de 20 a 40% de las mujeres presentan estas emociones. Mientras que otras muestran síntomas físicos inmediatamente antes de la menstruación, como distensión abdominal, dolor en las mamas, fatiga, dolores musculares o cefalea. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de mujeres de 3 a 5% los síntomas premenstruales son tan severos que desorganizan su vida y sus relaciones interpersonales. Este trastorno es llamado premenstrual disfórico (TPMD). Sus síntomas pueden ser:

- Estado de ánimo marcadamente deprimido
- Sentimientos de desesperanza
- Ansiedad, tensión, sentimientos de nerviosismo o excitación
- Llanto

- Mayor sensibilidad al rechazo personal
- Enojo o irritabilidad no característicos y aumento de conflictos con los demás.
- Disminución de interés por las actividades habituales
- Dificultad para concentrarse
- Letargía, falta de energía
- Cambio en los patrones del apetito y del sueño
- Sentimientos de estar abrumada o fuera de control

También se ha observado que durante los últimos días del ciclo menstrual el cuerpo amarillo se encuentra en regresión y empieza a disminuir la progesterona. En esta etapa, algunas mujeres sufren molestias que en ocasiones son muy severas y las predisponen a deprimirse (Huerta y Franco, 2000).

Según Burin, Moncarz y Velásquez (1990) diez por ciento de las mujeres presentan depresión durante el embarazo, siendo mayor el riesgo en aquellas que tienen historia de depresión, así como trastorno premenstrual disfórico (TPMD), apoyo social limitado, ser jóvenes, vivir solas, conflictos matrimoniales y ambivalencia respecto al embarazo.

Durante el posparto se producen cambios en el estado de ánimo y esto puede relacionarse con los niveles de estrógenos. Al respecto Hamilton, (1989) consideró que el funcionamiento hormonal de la tiroides y de la hipófisis juegan un rol importante en los trastornos del estado de ánimo. Tener un bebé es un evento excitante, atemorizante y a su vez gozoso. Es común que las mujeres presenten una amplia gama de emociones después del nacimiento de su bebé, incluyendo los síntomas conocidos como tristeza del bebé. En los primeros días posteriores al parto, más de la mitad de las nuevas madres se sienten tristes, enojadas, irritables, o ansiosas. Pueden llorar sin razón aparente e incluso tener pensamientos negativos hacia su bebé. Éstos son normales y por lo general desaparecen en una semana aproximadamente (Mc Grath, Keita, Strickland y Russo, 1990).

Un trastorno más severo después del parto, llamado depresión posparto, afecta hasta a 25% de las nuevas madres. Este tipo de depresión se origina

probablemente por una deficiencia o un cambio en las hormonas sexuales que afecta la actividad cerebral en regiones involucradas con la regulación del estado de ánimo. Los síntomas de depresión posparto son similares a los de la depresión mayor y por lo general se desarrollan en las primeras semanas después del parto (Rao, Hammen y Daley,1999). Además, la mujer puede sentir falta de preocupación por ella misma o por el bebé, o por lo contrario, una preocupación excesiva por éste.

O' Hara, Schlechte, Lewis y Varner (1991) mencionan que la mujer puede tener expectativas irracionalmente elevadas de sentirse atrapada, de cuestionar su capacidad de ser madre y se encuentra en riesgo aumentado de presentar depresión posparto sí:

Tiene historia de depresión

Presenta depresión durante el embarazo

Tiene problemas matrimoniales

Vive eventos difíciles durante el embarazo

No tiene un sistema de apoyo social

En un estudio donde se buscó describir el nivel de depresión posparto en mujeres atendidas en el Hospital General Doctor Nicolás San Juan de la ciudad de Toluca, mediante la escala de automedición de la depresión de Zung, se pudo observar que solamente 11% de la población total presentó niveles de

depresión normal, sin embargo, en 49% de la muestra se observaron niveles de depresión donde se requería hospitalización; también se encontró que las mujeres jóvenes entre 16 y 25 años presentaron mayor índice de depresión.

A

pesar de que la población estudiada tenía nivel escolar bajo, se vio que la depresión disminuía a medida que aumentaba la escolaridad (Mondragón, 1994).

Condon y Watson (1997) encontraron que la depresión posparto se presentaba con mayor frecuencia cuando existían problemas de infertilidad y también en respuesta a complicaciones médicas, lo que provocaba, en consecuencia, mayor estrés.

En investigaciones realizadas por Winokur (1991) en familias observó que existen diferencias de género, predominando la depresión en las mujeres y en hombres el alcoholismo. Este mismo autor encontró relación entre los cromosomas (x) y el desorden bipolar, haciendo evidente que hay bases genéticas que diferencian la predisposición a la depresión.

Por otro lado, existe poca evidencia de que mujeres que se han sometido a la histerectomía sufran depresión durante la menopausia, pero se considera que aquellas que la desarrollan durante esta etapa han tenido historia de depresión anterior o han estado expuestas a múltiples problemas o tienen que desempeñar roles diversos (McKinlay, McKinlay y Brambilla, 1987).

Los signos y síntomas de la menopausia empiezan por lo general antes del final de la última menstruación y pueden persistir hasta un año después (Rao, Hammen y Daley, 1999).

Este periodo transicional, cuando los niveles de hormonas a menudo fluctúan, se llama perimenopausia. Durante este tiempo muchas mujeres presentan diversos cambios en las emociones y funciones corporales, incluyendo bochornos, dificultades para dormir y fluctuaciones en el estado de ánimo (Folkman y Lazarus 1996).

La menopausia o la perimenopausia por sí solas no causan depresión. Sin embargo, las mujeres que expuestas a otras situaciones estresantes que pueden considerarse factores de riesgo como: hacer un balance de sus vidas y no estar satisfechas con lo que hayan hecho hasta ese momento, por lo que tienden a presentar depresión en el momento en que los niveles hormonales fluctúan (Funabiky, Bologna, Pepping y Fitzgerald, (1980).

En la perimenopausia la mujer tiene mayores problemas de depresión que aquel pre y posmenopáusica, aunque todavía existe una controversia del papel que desempeñan los estrógenos en el control y tratamiento los síntomas

psicológicos que padecen estos pacientes. Otros factores, como el estilo de vida de la mujer se relacionan con los problemas en su estado de ánimo. Se ha demostrado que las mujeres posmenopáusicas económicamente activas tienen menos índices de depresión que las que no trabajan. Además, los hábitos de alimentación, el ejercicio físico y la obesidad pueden influir en los problemas emocionales de la mujer perimenopáusica, ya que se ha demostrado que las mujeres obesas tienen variaciones en el patrón pulsátil de la hormona folículo estimulante (FSH). Esta hormona aumenta con la edad de la mujer y tiene relación positiva con los síntomas de depresión (Gotlib, 1992).

Al comparar los síntomas de las mujeres menopáusicas diabéticas, con aquellas no diabéticas, se demostró que las primeras padecen más de depresión, del síndrome de nido vacío y de menor autoestima (Lennon, 1997). En una investigación realizada por Sprock y Yoder (1997) en un grupo de mujeres deprimidas de diferentes edades, con el fin de detectar cuál era la mayor frecuencia del tipo de síntomas en este padecimiento encontraron que estas experimentan mayor frecuencia en síntomas somáticos como desordenes en la alimentación y el sueño.

Hace más de 30 años se creía que la depresión era propia de las mujeres menopáusicas y que raramente ocurría en niños y adolescentes. De manera reciente se ha revisado la frecuencia con la que se presenta la depresión en las personas de diversas culturas y se ha comprobado que es un problema muy común y empieza a una edad más temprana de la que se creía. En un estudio longitudinal a tres años, donde se pretendía investigar las características de la depresión en 579 adolescentes entre 11 y 14 años de edad y padres de familia y profesores provenientes de Catalán Reus (área urbana de España de nivel socioeconómico medio), se demostró que los porcentajes de depresión en niñas y niños fueron de 9.8%, 11.2% y 11.1% contra 9.8%, 8.0% y 9.5% en el primero, segundo y tercer año de secundaria respectivamente. Y en los adultos, mujeres y varones, los porcentajes fueron 2.2%, 2.7% y 4.1% contra 0.9%, 0.3% y 0.6% respectivamente. Observándose mayor porcentaje en adolescentes mujeres (Huerta y Franco, 2000).

En un estudio realizado por González-Forteza, Villatoro, Pick y Collado (1997), en la ciudad de León, Guanajuato, con 860 adolescentes, se comprobó que existe una relación positiva entre el desarrollo sexual y los problemas de afectividad. Los síntomas de tristeza, desinterés en actividades cotidianas (en los juegos, en la escuela y en la alimentación), dificultades para conciliar el sueño, las interrupciones del mismo y no dormir suficiente tiempo, así como los pensamientos o ideas suicidas, se calificaron con la Escala de Hamilton (1960).

El estrés se evaluó con la Escala de Percepción Global de Estrés de Cohen (1989) y la autoestima se midió con la Escala de Coopersmith (1976) los resultados obtenidos demostraron que las jóvenes completamente desarrolladas sexualmente obtuvieron calificaciones más altas en los síntomas de depresión y percepción del estrés y menores en el cuestionario de autoestima, que aquellas que aún no se habían desarrollado sexualmente por completo.

Huerta y Franco (2000), reportaron resultados similares en Victoria, Australia, donde se entrevistaron a 2525 adolescentes de 12 a 17 años, concluyendo que, en las niñas, la menarquia es un predictor de depresión, demostrando que hay una relación positiva entre la aparición de la primera menstruación y la depresión.

A pesar de las claras diferencias culturales y de calidad de vida de las jóvenes australianas, en comparación con las de las jóvenes de mexicanas, los resultados demuestran que, tal vez, la madurez del eje hipotálamo-hipófisisgónada, con el consecuente aumento de la producción de hormonas sexuales durante el brote puberal tiene efectos importantes en el sistema nervioso central de las adolescentes. Esto se debe a que se comprobó que las niñas que tuvieron la menarquia antes de los 10 años tuvieron menor calificación en la escala de autoestima y mayor calificación en la de depresión, que aquellas en las que se presentó después de los 10 años (Huerta y Franco, 2000).

En dos estudios de adolescentes y adultos jóvenes en los que se les interrogó sobre aspectos relacionados con el estado de ánimo, se demostró que

algunos síntomas de depresión y ansiedad se pueden relacionar, además de con el ciclo menstrual, con aspectos del estilo de vida de la mujer; por ejemplo, las mujeres con mayor peso corporal tenían más síntomas físicos, como retención de líquidos, cefalea y dolor pélvico (Ryan-Wenger, 1990).

Cómo se mencionó anteriormente, los niveles anormales de los neurotransmisores en particular de noradrenalina y serotonina producen cambios en el estado de ánimo, y se encontró que el metabolismo de glucosa es diferente entre hombres y mujeres, relacionándose la cantidad de glucosa utilizada con la aparición de depresión clínica en mujeres (Andreasen, Zametkin, Guo, Baldwin y Cohen, 1994).

FACTORES PSICOLÓGICOS

Con respecto a qué causas psicológicas se asocian con la depresión, Beck y Snell (1989) dicen que los diferentes estilos de respuestas y la acumulación de estresores en la vida pueden ser los principales factores que favorecen la depresión. La memoria puede facilitar o no a la depresión según el aprendizaje previo (Bower, 1991). Esto se puede observar en individuos que se deprimen más, tienen mayor dificultad para organizar material y también presentan problemas para memorizar, sobre todo cuando requieren resolver problemas donde se exige de mayor esfuerzo (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1994, Otto, Breider, Fava, Delis, Quitkin y Rosenbaum, 1994).

En hombres y mujeres existen diferencias interesantes en la lateralización cerebral y en la función cognoscitiva. Las mujeres en general son mejores en las tareas en las que intervienen la destreza verbal, la velocidad perceptual y la destreza manual fina, mientras que los hombres desempeñan mejor las tareas

visual-espaciales y matemáticas. En la mayoría de los seres humanos el hemisferio izquierdo se especializa en los procesos verbales y el derecho en los procesos espaciales. Estos procesos de lateralización son más fuertes en el hombre que en la mujer. Y se ha dicho que estas diferencias de lateralización entre hombres y mujeres se deben principalmente a la exposición de los primeros a la testosterona. Debido a ello, el hombre en

diversas circunstancias, tiene más probabilidades de reaccionar más agresivamente que la mujer.

Mientras que éstas tienen más alteraciones del estado de ánimo (Butler y NolenHoeksema, 1994).

En una investigación hecha con estudiantes de licenciatura se pudo observar que quienes eran menos persuasivos exhibían más estados depresivos; y quienes obtenían más altos puntajes en masculinidad y bajos en feminidad tenían peor control en sus relaciones interpersonales (Beck y Snell, 1989). Esto sugiere que una alta feminidad está asociada con más sentimientos depresivos y problemas de interacción personal. De la misma manera, Sanfilipo (1994) señala que niveles altos de masculinidad están asociados con menos experiencias depresivas y, por lo contrario, alta feminidad se relaciona con más depresión en hombres y en mujeres.

Las mujeres tienden a informar más molestias o eventos negativos en comparación con los hombres (Boggiano y Barret, 1991). Éstas se inclinan incluso a externar más sus problemas a los demás y a culparse con mayor frecuencia de las situaciones difíciles que el hombre; por lo que aparentemente

la mujer tiene menor control y más pueden percibir las mismas situaciones diferentes que los hombres; también se ha observado que la mujer tiende a reconocer con mayor facilidad los problemas y emplear más estrategias positivas y negativas para manejar la depresión que el hombre (Yoder, Shute y Tryban, 1990). Las mujeres que reciben un mayor apoyo económico y social por parte de otros, pueden expresar más en forma verbal y escrita sus problemas personales, reduciendo los niveles de estrés y depresión (Funabiky, Bologna, Pepping y Fitzgerald, 1980).

Mujeres y hombres pueden aprender a manejar las emociones y a enfrentar el estrés de formas distintas. Kramlinger (2002) sugiere que las mujeres se inclinan menos que los hombres a actuar en sus problemas, pero tienden más a pensar demasiado en ellos.

Thayer, Newman y McClain (1994) mencionan que hombres y mujeres responden de diferente forma para regular su estado de ánimo, consideran que la mujer emplea técnicas más pasivas ante situaciones difíciles, mientras el hombre utiliza técnicas más activas que le proporcionan placer y distracción; es decir, cuando la mujer se deprime por lo regular se encierra, no quiere hablar con nadie y llora, en cambio el hombre se sale y practica un deporte que le guste.

Butler y Nolen-Hoeksema (1994) sugieren que las mujeres, a diferencia de los hombres, adoptan estilos cognitivos reiterativos sobre situaciones que les molestan y eso desarrolla y mantiene por mayor tiempo los estados depresivos. El comportamiento denominado rumiación puede prolongar la depresión, debido a que ésta provoca en las mujeres la recurrencia de pensamientos negativos y ver la vida con pesimismo, lo que interfiere con la atención y obstaculiza la solución de problemas.

Con respecto a la edad, muchas mujeres de mediana edad con depresiones, con serios problemas en torno a la insatisfacción que les genera el balance de sus vidas o con dificultades al verse ya mayores y sin los atractivos de la juventud, pueden tomar como blanco de su estado de irritación y mal humor el comportamiento de sus hijos adolescentes, generando serios problemas familiares (Burin, Moncarz y Velásquez 1990).

En el Estado de México se encontró que la frecuencia de depresión se incrementa en mujeres cuya edad oscila entre 50 y 62 años, etapa donde las mujeres por lo común están atravesando por la menopausia (Cano, Díaz Martínez, Juárez, Ortega, Martínez, Cano, Zamora, Rodríguez, Hernández y Pérez, 2002).

También se ha visto que algunas mujeres que enmascaran depresión ya que es común que algunas acudan al médico quejándose de padecimientos físicos como cefaleas, mala digestión, flatulencias, insomnio, diarrea, dolor de espalda, etc., mismos que desaparecen en el momento que un profesional las escucha, por lo que todos estos síntomas físicos se consideran manifestaciones de depresión (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1994).

FACTORES SOCIALES

El ambiente social juega un papel importante en las diferencias en el estado de ánimo. Kaplan (1986) dio una explicación a la depresión mencionando que las mujeres cultural y socialmente, cuando se deprimen tienden a encontrar como principales causas sus propios errores, en cambio el hombre cuando se deprime lo atribuye a fuentes externas.

Así mismo a las mujeres les resulta más difícil dar salida a sus agresiones, por lo que las interiorizan volcándolas hacia sí mismas, culturalmente se da una reacción negativa hacia una mujer agresiva, por lo que ellas desean verse casi todo el tiempo como personas amables, en espera de aprobación social, ya que temen perder a las personas al demostrar su enojo (Joiner y Blalock, 1995).

Algunos autores sostienen que los eventos estresantes en la vida pueden precipitar la depresión. Según Krause (1986), la relación entre estresores y depresión puede ser bidireccional, ya que existe evidencia de que los individuos que se deprimen (en particular las mujeres) han experimentado más eventos estresantes en su vida. También la gente que se deprime puede generar eventos negativos debido a su comportamiento. Por ejemplo, Simons, Angell, Monroe y Thase, (1993) encontraron que la depresión y factores cognitivos influyen negativamente en pacientes con depresión mayor. De manera similar, Pianta y Egeland (1994) hallaron que algunos síntomas depresivos son factores predictores de la ocurrencia de problemas interpersonales (maritales), de salud y financieros.

Riley (1996), informó que mantener un amplio apoyo social ayuda a la mujer a manejar mejor sus necesidades de educación y servicios y le posibilita responder a otras actividades con menores niveles de depresión y estrés.

Por su parte, Sedeño (1984) encontró más síntomas de depresión en mujeres que tenían mayor dependencia económica y emocional, independientemente de que trabajaran o no fuera del hogar.

Veiel (1993) encontró que el soporte familiar tiene un efecto negativo para recuperarse de episodios de depresión en mujeres que se dedican al hogar,

pero no así en hombres y mujeres que trabajan fuera del mismo. Quizás porque las mujeres que no trabajan fuera se sobrecargan de problemas y demandas emocionales y esperan que otros se los resuelvan, reforzándoles a la vez sus síntomas depresivos.

Por otro lado, la mujer percibe las interacciones familiares como más estresantes que el hombre. Bernstein (1991-92) y Sowa y Lustman (1984), han visto que la mujer es más vulnerable a los efectos de las relaciones familiares problemáticas. Turner en 1994 encontró que la mujer comunica más experiencias positivas y negativas con respecto a sus relaciones y son más impactantes para ella los conflictos maritales, por lo que una mujer infeliz en su matrimonio tiende tres veces más a deprimirse en comparación con el hombre.

Tener niños pequeños es también un factor de riesgo asociado con la depresión en mujeres, esto se puede deber a que éstos tienden a enfermarse con más frecuencia y no hay que olvidar que la salud de los hijos es muy importante para las mujeres y que a la mayoría les ocasiona mucha preocupación que los niños se enfermen (Mc Grath, Keita, Strickland y Russo, 1990).

Es posible observar el impacto que tiene el incremento de roles en la mujer que trabaja con respecto a su estado de ánimo. Algunos estudios no han encontrado diferencia entre mujeres que trabajan y amas de casa (Ensel, 1982; Warren y Mc Eachren, 1985; citados por Sprock y Yoder, 1997). Sin embargo, otros investigadores han visto el conflicto entre la duplicación de roles; el trabajar y las labores familiares provocan en las mujeres doble esfuerzo, lo que ocasiona que no puedan rendir al 100% en ambos sitios y precipita en ellas la depresión (Greenglass, 1995).

Por lo contrario, en otras investigaciones se observó que los múltiples roles pueden aislar a la mujer de la depresión. Adelman (1994) y Aneshensel (1996), encontraron que las mujeres casadas que trabajan y tienen altos niveles de estrés en la casa y en el trabajo, obtienen menores niveles de depresión al compararlas con aquellas que no trabajan fuera de su casa. Por

tanto, las mujeres que trabajan fuera presentan tensión en el trabajo y en el hogar, pero tienden a experimentar menos depresión (Piechowski, 1992).

Cuando la mujer desempeña múltiples y difíciles roles, en ocasiones esto no afecta negativamente su estado de ánimo, sino por el contrario, le puede servir para sentirse activa y la distrae de pensamientos negativos (Barnett, Marshall y Singer, 1992).

Thornton y Leo (1992) observaron que las mujeres con mayor grado de estereotipos femeninos tienden a deprimirse más que aquellas con estereotipos masculinos.

Lo que resulta más sorprendente es que muchas mujeres se deprimen por las consecuencias que les acarrea ser “muy femeninas”, entendiendo por esto el estereotipo, que actualmente tiende a denominarse una “mujer tradicional”.

Muchas otras, en cambio, se deprimen por lo opuesto, es decir, por tener que desempeñar dos roles: trabajar fuera del hogar y ser ama de casa, y otras, porque no terminan de encontrar un rol que les guste o les satisfaga (Gasto, Vallejo, y Menchón, 1993), lo que nos permite concluir que es posible ver variaciones en el estado de ánimo dependiendo de los roles desempeñados por las mujeres.

En otro orden de ideas, se encontró que las personas que tienen mayor conocimiento sobre esta enfermedad es decir que dominan el concepto, conocen los síntomas, tienen experiencia en el manejo de pacientes, saben cuáles son los tratamientos e intervenciones sobre la depresión, se vuelven más vulnerables, a la sintomatología al compararlas con otras que no están familiarizadas con la depresión (Barnett, Marshall y Singer, 1992).

Existe tendencia a la depresión debido a factores socioculturales; las diferencias entre hombres y mujeres pueden ser por el tipo de educación, oportunidades laborales, prácticas negativas de crianza y exposición a traumas específicos.

Todos estos factores contribuyen a diferentes tipos de cognición y personalidad, por ejemplo, vivir sin apoyo, recordar reiteradamente sucesos

negativos, poseer un autoconcepto pobre y considerarse con tendencias al fracaso, predisponen a las mujeres a la depresión (Widiger y Spitzer, 1991).

Con respecto a los estilos de crianza, Symonds (1996) encontró que el favoritismo en la familia dependiendo del sexo origina un comportamiento diferente entre hombres y mujeres, por ejemplo, el favorecer a los hijos sobre las hijas da como resultado una personalidad caracterizada por falta de reconocimiento, pertenencia y sentimientos crónicos de depresión en la mujer.

Kaplan (1986; citado por Sprock y Yoder, 1997) descubrió que la personalidad femenina se caracteriza por pasividad, puesto que ponen mayor atención a los demás, y tienden al sacrificio, lo que da como resultado baja autoestima y dependencia, convirtiendo a la mujer en agente de riesgo para la depresión.

Las mujeres en desventaja por diferentes condiciones socioeconómicas están expuestas a pobreza, violencia, etc., lo que las convierte en más frágiles ante el estrés y la depresión (Sayers, Baucom y Tierney, 1993; Thornton y Leo, 1992).

Mujeres quienes de jóvenes fueron pobres y cabeza de familia son más susceptibles a la depresión. Se ha encontrado que quienes sufrieron raptos, violencia física y sexual en la niñez tienen alto riesgo de deprimirse en la adultez (Hobfall, Ritter, Lavin; Hulsizer, M.R. y Cameron, 1995).

Se han hallado diferencias de género en cuanto a la depresión en poblaciones especiales tales como: mujeres de raza negra, lesbianas y maduras (Greene, 1994).

Barbee, 1992; McGrath, Keita, Strickland y Russo, 1990 descubrieron que en grupos minoritarios la mujer puede incrementar el riesgo de depresión debido a factores sociales negativos, como el estar constantemente expuestas a la discriminación o rechazo. Las personas pobres tienen menos recursos para resolver sus problemas, por lo que dependen más de los servicios que da el gobierno y están más expuestas a la enfermedad y a la violencia, además de que tienen que compartir la casa con padres, suegros, hermanos y cuñados, lo que ocasiona menor espacio vital, propicia más enfado, hacinamiento y depresión. En las mujeres pobres, la falta de recursos y la poca escolaridad

ocasionan que se sientan más atadas a las parejas y cuando se llegan a separar les resulta difícil reclamar el apoyo económico y se les hace muy pesado ser el único sostén del hogar, por lo que tienden a desarrollar sentimientos de pesimismo, desesperanza y tienden a deprimirse (Lara, 1995).

La mujer tiende a reconocer mejor los síntomas depresivos y a aceptar que necesita tratamiento en comparación con el hombre, debido a que socialmente es más aceptado que la mujer se queje y exprese sus emociones. (O'Neil, Lancee y Freeman, 1985; Yoder, Shute y Tryban, 1990).

En relación con el tratamiento González- Fortaleza, Berenzon, Medina- Mora, Tello, Facio, 1997; Lara, Medina-Mora, Salgado, Acevedo; Díaz-Pérez, Y Villatoro, (1996) encontraron que el uso de servicios especializados en salud mental se presenta después de todo un proceso de intento de curación, que puede iniciar con la automedicación o utilización de remedios caseros, búsqueda de ayuda por parte de familiares o amigos, asistencia a diversos servicios alternativos y el psiquiatra o psicólogo se presentan como última opción cuando la gravedad del padecimiento resulta inmanejable.

En cuanto a las evaluaciones psicológicas (tests, entrevistas), se ha encontrado que la mujer tiende más a comunicar síntomas psicológicos estresantes, incluyendo la depresión, debido a las diferencias con respecto a la expresión de emociones entre mujeres y hombres (Widiger y Spitz, 1991).

Greene, (1994) encontró más sintomatología depresiva en las mujeres que tienen mayor probabilidad de cargar con responsabilidades tanto en el trabajo como en la familia. Así como también en aquellas que tienden a padecer pobreza, ser madres solteras y tener historia de abuso sexual y físico Una escala de depresión geriátrica demostró mayor sensibilidad de la mujer ante la depresión que el hombre (Allen-Burge, Storandt, Kinscherf y Rubin, 1994 y Wrobel, 1993) mostró que algunos psicólogos clínicos informan que las mujeres senectas parecen tener más depresión.

Hay estudios donde se ha consultado a médicos y a estudiantes de medicina, quienes mencionan que dentro de sus pacientes diagnosticados como deprimidos la mayoría son mujeres (Lichtenberg, Gibbons, Nanna y Blumenthal, 1993).

En estudios con mujeres deprimidas se observaron mayores niveles de depresión en aquellas casadas, debido a que éstas mostraron más estereotipos femeninos que las solteras (Landrine, 1988; Mercado, 1996 y Mondragón, 1994).

Se ha demostrado que un factor que contribuye a que la mujer no se deprima es que ésta tenga un nivel de escolaridad superior al de preparatoria, es decir, que posea licenciatura y además trabaje fuera de casa, debido a que cuando la mujer se siente productiva su valoración hacia sí misma es superior, lo que la aísla de la depresión (Vélez Bautista, 2001).

2.2.2. Programa del Vaso de Leche

La ley N°27470 Ley que Establece Normas Complementarias para la Ejecución del Programa del Vaso de Leche, señala:

Artículo 1.- Objeto de la ley

La presente Ley tiene por objeto establecer normas complementarias sobre organización, administración de recursos y ejecución del Programa del Vaso de Leche que tienen a su cargo los gobiernos locales.

Artículo 2.- de la organización del programa de vaso de leche

2.1 En cada municipalidad provincial en el distrito capital de la provincia, en las municipalidades distritales y delegadas ubicadas en su jurisdicción, se conforma un Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche, el mismo que es aprobado mediante resolución de Alcaldía con acuerdo del Concejo Municipal. El referido Comité está integrado por el Alcalde, un funcionario municipal, un representante del Ministerio de Salud y tres representantes de la Organización del Programa del Vaso de Leche, elegidas democráticamente por sus bases, de acuerdo a los estatutos de su organización y adicionalmente deberá estar conformado por un representante

de la Asociación de Productores Agropecuarios de la región o zona, cuya representatividad será debidamente acreditada por el Ministerio de Agricultura.

El Reglamento de Organización y Funciones del Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche será aprobado por dicho Comité y deberá ser reconocido por el Concejo Municipal.

2.2 Las Municipalidades como responsables de la ejecución del Programa del Vaso de Leche, en coordinación con la Organización del Vaso de Leche, organizan programas, coordinan y ejecutan la implementación de dicho Programa en sus fases de selección de beneficiarios, programación, distribución, supervisión y evaluación.

El Comité de Administración del Programa del Vaso de Leche reconocido por la Municipalidad correspondiente es el responsable de la selección de los proveedores de acuerdo a los criterios establecidos en el numeral 4.1 de la presente Ley.

Los integrantes del Comité del Programa del Vaso de Leche ejercen sus funciones máximo hasta por un período de 2 (dos) años consecutivos, no pudiendo ser reelectos en forma inmediata.

2.3 Los gobiernos locales podrán celebrar entre sí convenios para adquirir en forma conjunta los recursos inherentes al Programa del Vaso de Leche a efectos de abaratar sus costos y/o mejorar la calidad de los mismos.

Artículo 3.- De la utilización de los recursos

3.1 Los montos que transfiere el Ministerio de Economía y Finanzas por concepto del Programa del Vaso de Leche financian únicamente el valor de la ración alimenticia pudiendo cubrir, de acuerdo con la disponibilidad existente, el valor del azúcar. Asimismo, los gastos de operación o funcionamiento son cubiertos por las municipalidades con recursos directamente recaudados y/o con donaciones.

3.2 Los intereses generados por depósitos en el sistema financiero de los recursos correspondientes al Programa del Vaso de Leche, se incorporan al

Presupuesto Municipal, previamente a su ejecución, y se destinan a la adquisición de insumos y/o gastos de operación del citado programa.

Artículo 4.- De la ración alimenticia

4.1 Los recursos del Programa del Vaso de Leche financian la ración alimenticia diaria, la que debe estar compuesta por productos de origen nacional al 100% en aquellas zonas en las que la oferta de productos cubre la demanda.

Dicha ración debe estar constituida por alimentos nacionales pudiendo ser leche en cualquiera de sus formas, y/o enriquecidos lácteos y/o alimentos que contengan un mínimo de 90% de insumos nacionales (tales como harina de quinua, quiwicha, cebada, arroz, soya y otros productos nacionales). Se deberá adquirir aquellos alimentos de mayor valor nutricional adecuadamente balanceado y que tengan el menor costo. Será el Ministerio de Salud, específicamente el Instituto Nacional de Salud, el que determine el valor nutricional mínimo.

El Programa del Vaso de Leche deberá cumplir con el requisito que exige un abastecimiento obligatorio los siete días de la semana a los niños.

Para tal efecto, en los procesos de selección de proveedores, el Comité Especial deberá tener en cuenta los siguientes criterios de evaluación como mínimo: valores nutricionales, condiciones de procesamiento, porcentajes de componentes nacionales, experiencia y preferencias de los consumidores beneficiarios del presente Programa.

4.2 Cada municipalidad es responsable de definir el tipo de alimento con el cual ejecuta el Programa del Vaso de Leche dentro del marco antes señalado, debiendo buscar la eficiencia en la utilización de producto y ejecución del gasto.

4.3 Todos los excedentes de recursos financieros que se generen como resultado del uso alternativo de donaciones en especie de los productos antes mencionados se orientan necesariamente a la adquisición de alimentos complementarios para el Programa del Vaso de Leche.

4.4 Los insumos o alimentos que se adquieran con los recursos del Programa del Vaso de Leche deben beneficiar a la población de la jurisdicción territorial de cada municipalidad, siendo por tanto improcedente todo acto o acción que implique la donación o transferencia de los citados alimentos a otra entidad del sector público o privado, bajo responsabilidad a que hubiere lugar.

4.5 Los insumos o alimentos que se adquieran con los recursos del Programa del Vaso de Leche deben ser distribuidos a la población beneficiada en todos los casos como alimento preparado, a través de los Clubes de Madres o Comités del Vaso de Leche.

4.6 Cuando por alguna razón se requiera efectuar licitaciones o concursos públicos para adquirir los productos para la ejecución de este Programa, deberá señalarse en las bases correspondientes el cumplimiento de lo señalado en el numeral 4.1 de la presente Ley.

Artículo 5.- De los productos utilizados

Las municipalidades solicitarán obligatoriamente a los proveedores, a quienes les adquieran los productos para el Programa del Vaso de Leche, una declaración jurada que especifique la procedencia u origen de sus productos y de los insumos utilizados, teniendo en consideración lo establecido en el Decreto Supremo N° 03-2001- PCM.

Artículo 6.- De los beneficiarios

Las municipalidades dan cobertura a los beneficiarios del Programa del Vaso de Leche: niños de 0 a 6 años, madres gestantes y en período de lactancia, priorizando entre ellos la atención a quienes presenten un estado de desnutrición o se encuentren afectados por tuberculosis. Asimismo, en la medida en que se cumpla con la atención a la población antes mencionada, se mantendrá la atención a los niños de 7 a 13 años, ancianos y afectados por tuberculosis.

Artículo 7.- De los índices de distribución

7.1 El Ministerio de Economía y Finanzas aprueba mediante resolución ministerial los índices de distribución de los recursos que destina para

financiar el Programa del Vaso de Leche de las municipalidades distritales a nivel nacional, debiendo considerar entre los criterios de distribución, principalmente el índice de pobreza, conjuntamente con el demográfico de acuerdo con los beneficiarios a ser atendidos conforme se establece en el artículo precedente.

7.2 Las municipalidades, en coordinación con el Comité del Programa del Vaso de Leche, efectuarán el empadronamiento o encuestas para determinar la población objetivo del Programa e informarán semestralmente al Instituto Nacional de Estadística, bajo responsabilidad.

Artículo 8.- De la autorización de recursos

El Ministerio de Economía y Finanzas asignará mensualmente a las municipalidades a nivel nacional, a través de los calendarios de compromisos que autoriza la Dirección Nacional del Presupuesto Público, los recursos que por concepto del Programa del Vaso de Leche se encuentran aprobados en la Ley Anual del

Presupuesto Público y conforme a la Programación Mensual efectuada sobre la base del Presupuesto Institucional de Apertura.

Artículo 9.- De la supervisión y control

La Contraloría General de la República supervisa y controla el gasto del Programa del Vaso de Leche a nivel provincial y distrital, debiendo las municipalidades respectivas conservar en su poder la documentación original sustentatoria de la ejecución del Programa del Vaso de Leche, a fin de rendir cuenta del gasto efectuado y del origen de los alimentos adquiridos, bajo responsabilidad, al Órgano Rector del Sistema Nacional de Control, en el modo y oportunidad que se establezca en la directiva pertinente que emitirá el citado organismo.

Artículo 10.- Responsabilidades

Queda terminantemente prohibida toda politización del Programa del Vaso de Leche bajo cualquier modalidad. Serán responsables del cumplimiento de

esta norma el responsable del Pliego respectivo y solidariamente los miembros del Comité.

Artículo 11.- Norma transitoria

Lo establecido en la presente Ley no se aplicará a las municipalidades distritales que hayan convocado a procesos de selección con anterioridad a la fecha de publicación de la Ley, debiendo comunicar tal ocurrencia, en un plazo no mayor de cinco días, a la municipalidad provincial de su jurisdicción a efectos de no ser considerados en su plan de adquisiciones, siempre y cuando no contravengan lo dispuesto en el numeral 4.1.

Firmado el mes de junio del 2001, por el presidente Valentín Paniagua Corazao, que viene siendo aplicado hasta la actualidad. (Ley N°27470)

2.3. Definiciones conceptuales.

- **Depresión;** Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (OMS, 2016).
- **Depresión alta;** considerada dentro de los puntajes de 70 a más. Se caracteriza por ser un trastorno del estado de ánimo. Se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo. (Zung, citado en Lawraence, M.; 2004)
- **Depresión moderada;** considerado dentro de los puntajes de 60 a 69, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, pero por un periodo de tiempo que varía entre 2 semanas a 2 meses. (Zung, citado en Lawraence, M.; 2004)
- **Depresión leve;** considerado dentro de los puntajes de 50 a 59, se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, pero por un periodo de tiempo corto. (Zung, citado en Lawraence, M.; 2004)

- **Depresión dentro de los límites normales;** considerada dentro de los puntajes de 25 a 49, no hay la presencia de sintomatología de depresión. (Zung, citado en Lawraence, M.; 2004)
- **Madres del vaso de leche;** Beneficiarias del Programa del Vaso de Leche con niños de 0 a 6 años, madres gestantes y en período de lactancia, priorizando entre ellos la atención a quienes presenten un estado de desnutrición o se encuentren afectados por tuberculosis. (Artículo 6° de la Ley N° 27470 “Ley que establece normas complementarias para la ejecución del Programa del Vaso de Leche”).
- **Madres;** es el ser vivo, hembra, que ha tenido descendencia, que ha parido a otro ser vivo luego de un tiempo apropiado de gestación que varía de acuerdo al tipo de ser vivo al que hagamos referencia. (OMS, 2016).
- **Programa;** Proyecto o planificación ordenada de las distintas partes o actividades que componen algo que se va a realizar. (extraído de <https://es.thefreedictionary.com>)
- **Programa vaso de leche;** es un programa Social Alimentario que implementa el estado a través de las Municipalidades el cual está dirigido a grupos más vulnerables de la población, el objetivo principal es mejorar la nutrición de beneficiarios que la ley lo señala. (Artículo 6° de la Ley N° 27470 “Ley que establece normas complementarias para la ejecución del Programa del Vaso de Leche”).
- **Beneficiarias;** Se aplica a la persona que recibe el beneficio en un contrato o donación. (extraído de <https://es.thefreedictionary.com>)

2.4. Hipótesis

Por ser una investigación descriptiva no ameritó la formulación de hipótesis, según Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., (2006).

2.5. Variables.

La presente investigación fue univariable, siendo esta variable, nivel de depresión.

Univariable: Nivel de depresión

2.6. Operacionalización de la variable

Variables	Dimensiones	Indicadores
V₁ = Nivel de depresión	<ul style="list-style-type: none">➤ Nivel alto de depresión➤ Nivel moderado➤ Nivel leve de depresión➤ Nivel dentro de los límites normales de depresión	Será evaluado a través de las respuestas de las madres del vaso de leche al cuestionario Zung.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

3.1.1 ENFOQUE:

Cuantitativo; según Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., (2006); las investigaciones cuantitativas son aquellas en las que se obtienen valores numéricos en los resultados de la investigación.

3.1.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

No experimental; según Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., (2006); son estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Es decir, no se construye ninguna situación, sino que se observa situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

3.1.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo; este método busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. Esto es, su objetivo no es como se relacionan éstas. El valor de este método es que es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de los fenómenos, suceso, comunidad, contexto o situación. (Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., 2006).

3.1.3.1 REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA:

n → O

Leyenda:

n = Madres beneficiarias del programa del vaso de leche.

O = Evaluación de niveles de depresión (Escala Zung)

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

El presente estudio estuvo constituido por la población de madres beneficiarias del programa de vaso de leche.

La población constó de 322 integrantes de zona urbana de la localidad de Villa Rica.

Criterios de inclusión

- Madres beneficiarias del programa vaso de leche.
- Madres que radican en la localidad de Villa Rica.
- Madres entre 18 a 40 años.
- Madres letradas.

Criterios de exclusión

- Madres beneficiarias del programa que radican fuera de la localidad de Villa Rica.
- Madres menores de 18 años y mayores de 40 años.
- Madres iletradas.

3.2.2 MUESTRA

Tipo de muestreo:

Probabilístico.

Según Hernández, R.; Fernández, C., y Baptista, P., (2006); la muestra es probabilística debido a que todos los sujetos tienen la misma opción de ser elegidos como parte de la muestra.

Tamaño de muestra

La muestra estuvo constituida por toda la población, siendo un total de 322 madres beneficiarias del vaso de leche.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. Ficha técnica de recolección de datos

Nombre : Escala de automedición de la depresión

Autor : Zung

Aplicación : individual o colectiva

Duración : 05 minutos aproximados.

Finalidad : Obtener los niveles de depresión.

3.3.2. Validación y confiabilidad del instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos que será usado en el presente estudio fue diseñado y validado previamente, para medir los niveles de depresión.

Método	Técnicas	Instrumento
DE EVALUACION		
Medición	<ul style="list-style-type: none">La encuestaAnálisis documental	<ul style="list-style-type: none">Formato de recolección de información generalRegistro de inscripción al programa vaso de leche del Distrito de Villa rica
	<ul style="list-style-type: none">La entrevista	<ul style="list-style-type: none">Guía de entrevista
	<ul style="list-style-type: none">Psicometría	<ul style="list-style-type: none">Escala de automedición para la depresión de Zung.
DE PROCESAMIENTO		
Análisis estadístico	<ul style="list-style-type: none">SPSS	Cuadros y gráficos descriptivos

Validez:

La correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65.

Confiabilidad:

Los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung¹. Entre ASI y SAS es de 0,66 y entre ASI y Taylor Manifest Anxiety Scale de 0,33.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Procesamiento de Datos

Cuadro N° 01

Madres de familia del comité de vaso de leche por edad, Villa Rica – 2018

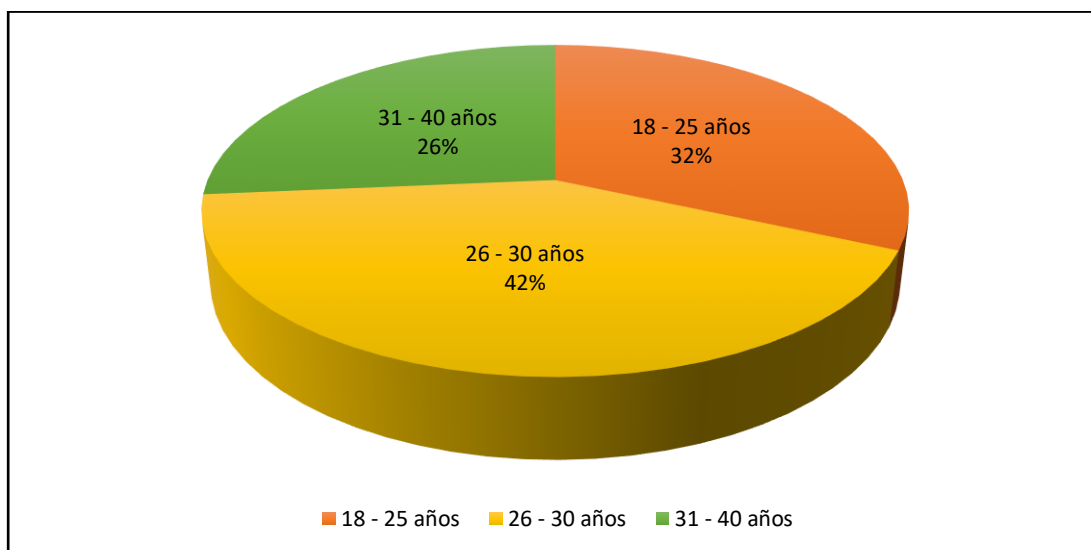
Edad \ Madres	Total	
	f _i	%
18 a 25 años	102	32
26 a 30 años	135	42
31 a 40 años	85	26
Total	322	100

Fuente: Formato de recolección de información.

Elaboración: Propia

Gráfico N° 01

Madres de familia del comité de vaso de leche por edad, Villa Rica – 2018



Fuente: Formato de recolección de información.

Elaboración: Propia

Interpretación: Como se aprecia en la tabla y gráfico N° 01 Madres de familia del comité de vaso de leche por edad, Villa Rica, Pasco 2018; del total de la población 100% (322 evaluadas), el 32% (102 evaluados) tienen entre 18 y 25 años, 42% (135 evaluadas) tienen entre 26 y 30 años, 26% (85 evaluadas) tienen 31 y 40 años.

Es importante reconocer esta estadística, debido a que las mujeres se encuentran con sus responsabilidades, como, por ejemplo: en el resultado de compromisos asumidos como madres en edad fértil que asumen las beneficiarias del estado, así mismo para ayudar a las familias de escasos recursos y con numerosos hijos, no solo aliviar las necesidades económicas, sino también aliviar los efectos de enfermedades y la prevención de enfermedades en los niños como la anemia desnutrición en esta población.

Cuadro N° 02

Madres de familia del comité de vaso de leche por Grado de Instrucción, Villa Rica, Pasco – 2018

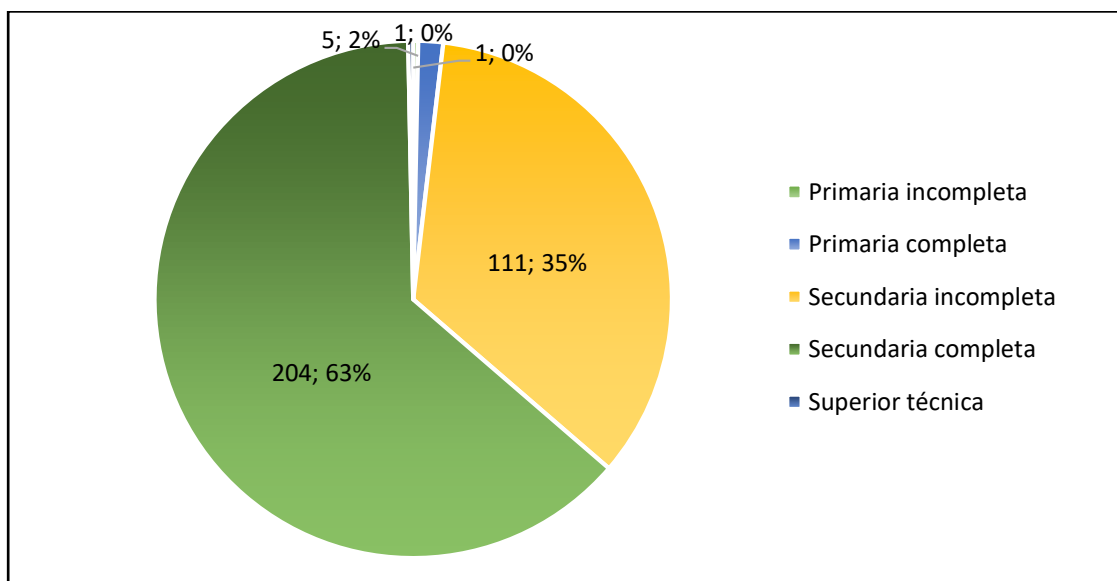
Madres Grado de Instrucción	Total	
	f_i	%
Primaria incompleta	1	0.3
Primaria completa	5	1.6
Secundaria incompleta	111	34.5
Secundaria completa	204	63.3
Superior técnica	1	0.3
Total	322	100

Fuente: Formato de recolección de información.

Elaboración: Propia

Gráfico N° 02

Madres de familia del comité de vaso de leche por Grado de Instrucción,
Villa Rica, Pasco 2018



Fuente: Formato de recolección de información.

Elaboración: Propia

Interpretación: Como se aprecia en la tabla y gráfico N° 02 Madres de familia del comité de vaso de leche por Grado de Instrucción, Villa Rica, 2018; del total de la población 100% (322 evaluadas), el 0.3% (1 evaluada) cuenta con primaria incompleta; 1,6% (5 evaluadas) cuenta con primaria completa, el 34.5 % (11 evaluadas) cuenta con secundaria incompleta, el 63.3 % (204 evaluadas) cuenta con secundaria completa, el 0.3% (1 evaluada) cuenta con superior técnica.

Esta información es importante debido a que se visualiza que la mayor cantidad se encuentra en madres con secundaria incompleta, por lo que es necesaria la orientación a nivel del manejo de la economía en el hogar, así como la prevención de enfermedades en la familia.

Cuadro N° 03

Madres de familia del comité de vaso de leche por ocupación, Villa Rica – 2018

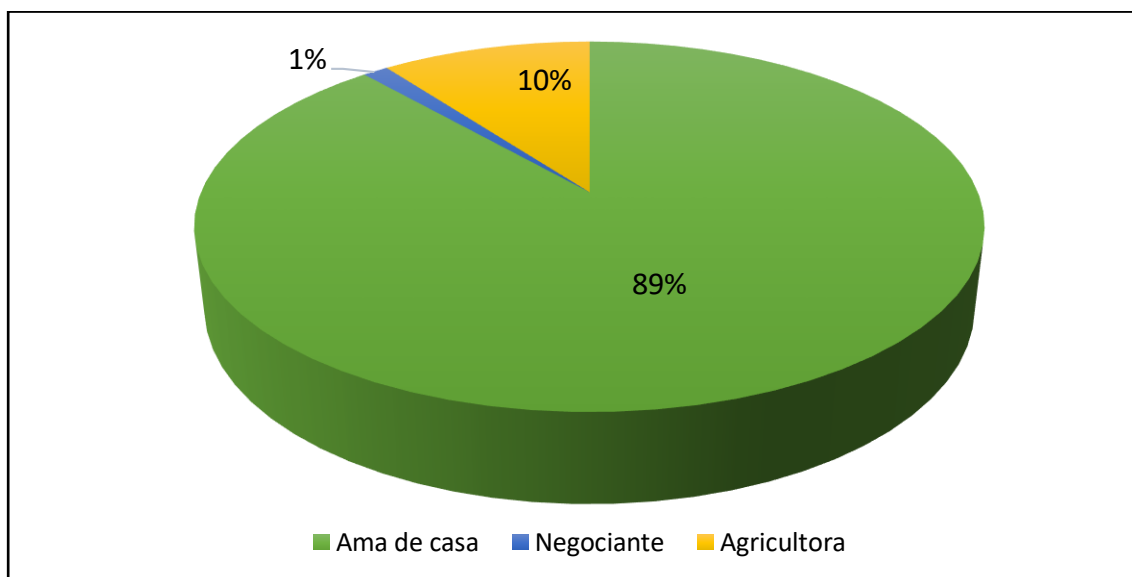
Ocupación	Total	
	f _i	%
Ama de casa	285	88.5
Negociante	4	1.2
Agricultora	33	10.3
Total	322	100

Fuente: Formato de recolección de información.

Elaboración: Propia

Gráfico N° 03

Madres de familia del comité de vaso de leche por ocupación, Villa Rica – 2018



Fuente: Formato de recolección de información.

Elaboración: Propia

Interpretación: Como se aprecia en la tabla y gráfico N° 03 Madres de familia del comité de vaso de leche por ocupación, Villa Rica, Pasco 2018; del total de la población 100% (322 evaluadas), el 88.5% (285 evaluadas) son amas de casa; el 1.2% (4 evaluadas) son negociantes y el 10.3% (33 evaluadas) se dedican a agricultura.

Esta información es importante debido a que se observa que la mayoría de las madres se dedica a las funciones del hogar, esto se corrobora con lo mencionado por Luna, D.; (2013), que señala que las mujeres se dedican más a labores domésticas a diferencia de los hombres.

Cuadro N° 04

Madres de familia del comité de vaso de leche según edad por ocupación,
Villa Rica – 2018

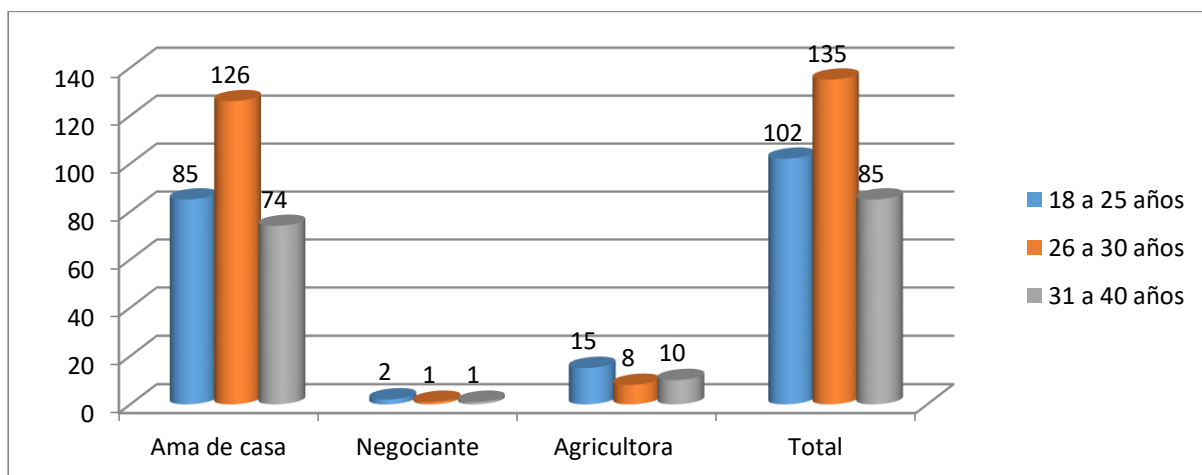
<div>Edad</div> <div>Ocupación</div>	18 a 25 años		26 a 30 años		31 a 40 años		Total	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Ama de casa	85	26	126	39	74	23	285	88.5
Negociante	2	1	1	0	1	0	4	1.2
Agricultora	15	5	8	2	10	3	33	10.3
Total	102	32	135	42	85	26	322	100

Fuente: Formato de recolección de información.

Elaboración: Propia

Gráfico N° 04

Madres de familia del comité de vaso de leche según edad por ocupación,
Villa Rica – 2018



Fuente: Formato de recolección de información.

Elaboración: Propia

Interpretación: Como se aprecia en la tabla y gráfico N° 04 Madres de familia del comité de vaso de leche según edad por ocupación, Villa Rica, 2018; del total de la población 100% (322 evaluadas); en las edades de 18 a 25 años, el 26% (85 evaluadas) son amas de casa; el 1% (2 evaluadas) son negociantes y el 5% (15 evaluadas) se dedican a agricultura siendo el total en esta edad 102 evaluadas (32%); entre 26 y 30 años, el 39% (126 evaluadas) son amas de casa; el 0% (1 evaluada) son negociantes y el 2% (8 evaluadas) se dedican a agricultura siendo el total 135 (42%); y entre 31 a 40 años, el 23% (74 evaluadas) son amas de casa; el 0% (1 evaluada) son negociantes y el 3% (10 evaluadas) se dedican a agricultura siendo el total 85 (26%).

Esta información se corrobora con lo mencionado por Luna, D.; (2013), que señala que las mujeres se dedican más a labores domésticas a diferencia de los hombres.

Cuadro N° 05

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión, Villa Rica – 2018

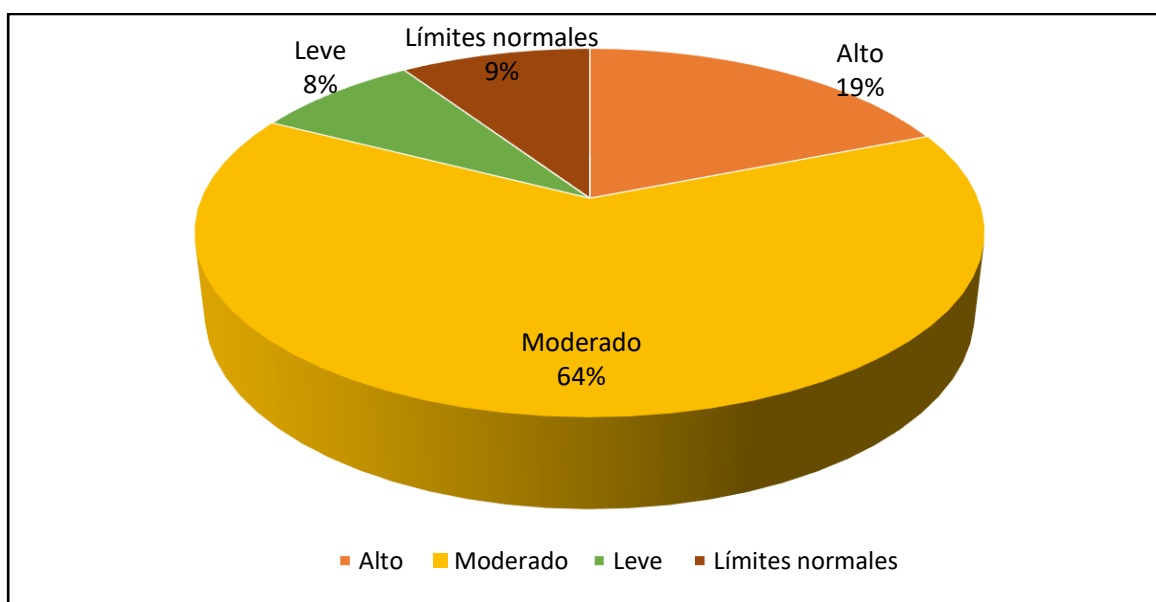
Nivel de Depresión	Total	
	f _i	%
Alto	61	18.9
Moderado	205	63.7
Leve	26	8.1
Límites normales	30	9.3
Total	322	100

Fuente: Administración de la Escala de Automedición Zung.

Elaboración: Propia

Gráfico N° 05

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión, Villa Rica – 2018



Fuente: Administración de la Escala de Automedición Zung.

Elaboración: Propia

Interpretación: Como se aprecia en la tabla y gráfico N° 05 Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión, Villa Rica, 2018;

del total de la población 100% (322 evaluadas), el 18.9% (61 evaluada) presentan depresión en nivel alto; el 63.7% (205 evaluada) presentan depresión en nivel moderado; el 8.1% (26 evaluada) presentan depresión en nivel leve y el 9.3% (30 evaluada) no presentan depresión.

Cuadro N° 06

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión según ocupación, Villa Rica – 2018

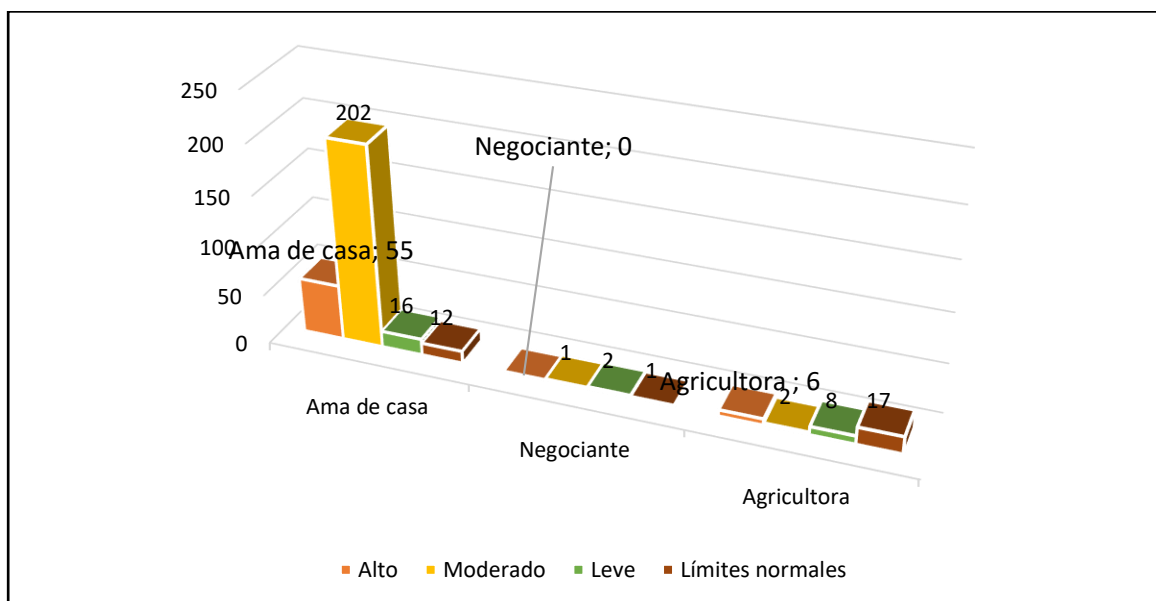
Nivel de Depresión Ocupación	Alto	Moderado	Leve	Límites normales	Total
Ama de casa	55	202	16	12	285
Negociante	0	1	2	1	4
Agricultora	6	2	8	17	33
Total	61	205	26	30	322

Fuente: Administración de la Escala de Automedición Zung.

Elaboración: Propia

Gráfico N° 06

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión según ocupación, Villa Rica – 2018



Fuente: Administración de la Escala de Automedición Zung.

Elaboración: Propia

Interpretación: Como se aprecia en la tabla y gráfico N° 06 Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión según ocupación, Villa Rica – 2018; del total de la población 100% (322 evaluadas), 55 evaluadas tienen nivel alto son amas de casa, 202 evaluadas, nivel moderado son amas de casa, 16 evaluadas, nivel leve son amas de casa y 17 están dentro del límite normal se dedican a la agricultura.

Como se aprecia en el cuadro y grafico las madres que se dedican a ser amas de casa presentan niveles moderados y altos de depresión, esto es debido a la carga de responsabilidades y funciones dentro del hogar.

Cuadro N° 07

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión según edad, Villa Rica – 2018

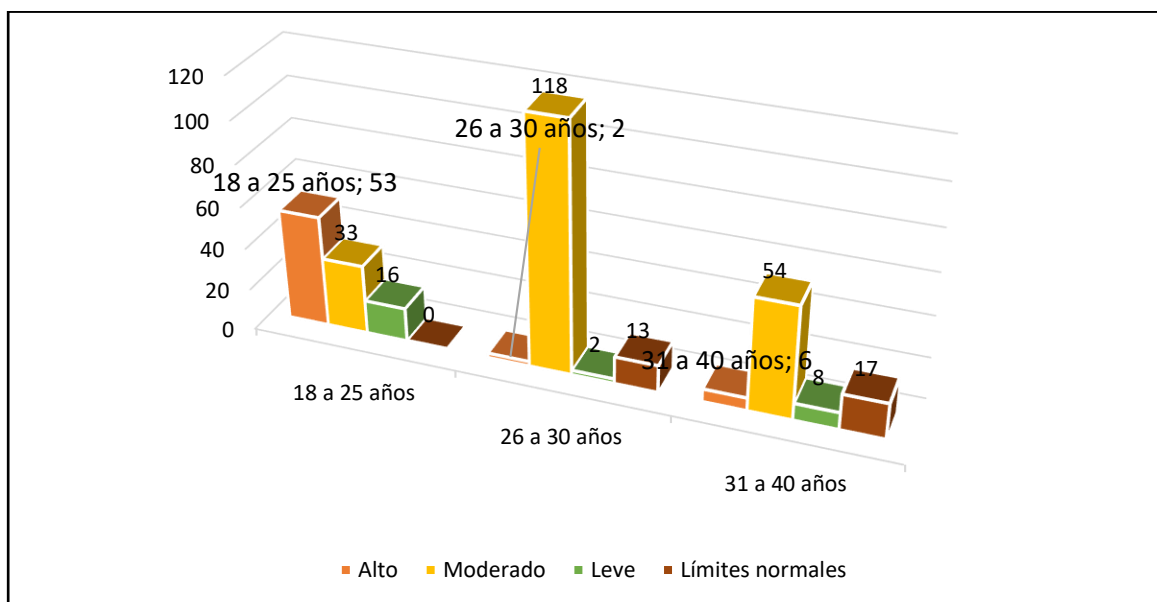
Edad \ Nivel de Depresión	Alto	Moderado	Leve	Límites normales	Total
18 a 25 años	53	33	16	0	102
26 a 30 años	2	118	2	13	135
31 a 40 años	6	54	8	17	85
Total	61	205	26	30	322

Fuente: Administración de la Escala de Automedición Zung.

Elaboración: Propia

Gráfico N° 07

Madres de familia del comité de vaso de leche por Nivel de depresión según ocupación, Villa Rica – 2018



Fuente: Administración de la Escala de Automedición Zung.

Elaboración: Propia

Interpretación: Como se aprecia en la tabla y gráfico N° 07 Madres de familia del comité de vaso de leche por nivel de depresión según ocupación, Villa Rica por Nivel de depresión según ocupación, Villa Rica ,

2018; del total de la población 100% (322 evaluadas), 61 evaluadas tienen nivel alto, de las cuales 53 evaluadas tienen 18 a 25 años; 2 evaluadas tienen de 26 a 30 años y 6 evaluadas tienen de 31 a 40 años; 205 evaluadas tienen nivel moderado, de las cuales 33 evaluadas tienen 18 a 25 años; 118 evaluadas tienen de 26 a 30 años y 54 evaluadas tienen de 31 a 40 años; 26 evaluadas tienen nivel leve, de las cuales 16 evaluadas tienen 18 a 25 años; 2 evaluadas tienen de 26 a 30 años y 8 evaluadas tienen de 31 a 40 años; 30 evaluadas.

Como se aprecia la mayor cantidad de evaluadas se encuentra en el nivel moderado (118 evaluadas) de 26 a 30 años, seguido de 54 evaluadas de 31 a 40 años; así mismo la menor cantidad se encuentra en 0 evaluadas de 18 a 25 años dentro de los límites normales.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la investigación se evaluó a 322 madres de familia del comité de vaso de leche de Villa Rica entre las edades de 18 a 40 años de edad, a diferencia de la investigación de Luna, D. (2013), que evaluó a madres de 18 a 45 años. En la investigación se encontró que el mayor porcentaje 42% (135 evaluadas) tienen entre 26 y 30 años a diferencia de Luna, D. (2013), que encuentra un rango mayor entre los 25 a 29 años. El rango de edad encontrado es importante porque con esta información podemos enfocar el grupo de trabajo para los trabajos de intervención, así como a menor edad del rango para trabajos de prevención.

En la presente investigación el 63.3 % (204 evaluadas) cuenta con secundaria completa, coincide con lo encontrado por Luna, D. (2013), que encontró que el nivel de estudios era predominantemente secundario (64,94%), sin embargo, no especifica si fue secundaria completa o incompleta como si se detalla en la investigación realizada.

Según la ocupación en la presente investigación se encontró que el 88.5% (285 evaluadas) son amas de casa al igual que lo encontrado por Luna, D. (2013), que también fue predominantemente amas de casa (81,82%).

Según el objetivo general: Determinar el nivel de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018. Se logró determinar que el 18.9% (61 evaluadas) presentan depresión en nivel alto; el 63.7% (205 evaluadas) presentan depresión en nivel moderado; el 8.1% (26 evaluadas) presentan depresión en nivel leve. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Luna, D. (2013), identificó que 83,12% de madres tienen depresión, siendo predominante la depresión severa (36,36%), seguida de depresión moderada (22,08%) y depresión leve (24,68%).

En cuanto a los objetivos específicos:

- Evaluar el porcentaje del nivel alto de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018; se determinó que el 18.9% (61 evaluadas) presenta nivel alto de depresión. Luna, D. (2013) donde predomina el nivel de depresión severa según Luna y de nivel moderado según el estudio realizado.
- Establecer el porcentaje del nivel moderado de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018; se logró determinar que el 63.7% (205 evaluadas) presenta nivel moderado de depresión. Luna, D. (2013) donde predomina el nivel de depresión severa según Luna y de nivel moderado según el estudio realizado.
- Evaluar el porcentaje del nivel leve de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Oxapampa- Pasco 2018; se logró determinar que el 8.1% (26 evaluados) presentan nivel leve de depresión.
- Establecer el porcentaje del nivel dentro de los límites normales de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018; se logró determinar que el 9.3% (30 evaluados) presentan nivel límites normales de depresión.

Luna, D. (2013), identificó que 83,12% de madres tienen depresión, siendo predominante la depresión severa (36,36%), seguida de depresión moderada (22,08%) y depresión leve (24,68%).

La presente investigación no pudo ser comparada con otra debido a que como se señala en limitaciones, la presente investigación estuvo limitada en cuanto a los antecedentes, debido a que no se cuenta con investigaciones en el grupo de madres de familia de comité de vaso de leche, siendo esta investigación de gran importancia debido a que se realizó en un grupo humano difícil de acceder.

CONCLUSIONES

- Se evaluó a 322 madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica.
- Del total de la población 100% (322 evaluadas), el 32% (102 evaluados) tienen entre 18 y 25 años, 42% (135 evaluadas) tienen entre 26 y 30 años, 26% (85 evaluadas) tienen 31 y 40 años. Siendo la edad de mayor porcentaje entre los 26 y 30 años (42%)
- Del total de la población 100% (322 evaluadas), el 0.3% (1 evaluada) cuenta con primaria incompleta; 1,6% (5 evaluadas) cuenta con primaria completa, el 34.5 % (11 evaluadas) cuenta con secundaria incompleta, el 63.3 % (204 evaluadas) cuenta con secundaria completa, el 0.3% (1 evaluada) cuenta con superior técnica.
- Del total de la población 100% (322 evaluadas), el 88.5% (285 evaluadas) son amas de casa; el 1.2% (4 evaluadas) y el 10.3% (33 evaluadas) se dedican a agricultura.
- Del total de la población fue de 322 evaluadas, de los cuales el 18.9% (61 evaluada) presentan depresión en nivel alto; el 63.7% (205 evaluada) presentan depresión en nivel moderado; el 8.1% (26 evaluada) presentan depresión en nivel leve y el 9.3% (30 evaluada) no presentan depresión; con la presente información podemos afirmar que es sumamente importante que se presente atención a la salud mental de las madres beneficiarias del programa de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, debido a que son ellas las encargadas del bienestar del hogar.
- Del total de la población 100% (322 evaluadas), 55 evaluadas tienen nivel alto son amas de casa, 202 evaluadas, nivel moderado son amas de casa, 16 evaluadas, nivel leve son amas de casa y 17 están dentro del límite normal se dedican a la agricultura.

RECOMENDACIONES

❖ RECOMENDACIONES AL GOBIERNO

- Implementar y desarrollar programas relacionados a la salud mental de las madres beneficiarias del programa de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, para prevenir problemas como la depresión.

❖ RECOMENDACIONES A LA PROVINCIA

- Destinar presupuesto para la ejecución de programas relacionados a la salud mental, debido a que se prioriza la salud física mas no la salud mental.

❖ RECOMENDACIONES A LA POBLACION INVOLUCRADA

- Aprovechar los beneficios que le brinda el estado para mejorar su calidad de vida, no solo en cuanto a lo económico, a la salud sino también deben aprovechar los talleres eventuales que les brindan las universidades sobre temas de salud mental.

❖ RECOMENDACIONES A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

- Realizar campañas de atención así como mayor involucramiento de personas en riesgo como lo son las madres del vaso de leche, así como sus hijos menores de edad, en todas las áreas de atención que brinda el ministerio de la salud.

❖ RECOMENDACIONES A LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA

- Que se realicen más investigaciones con la finalidad de contribuir a conocer la realidad las madres beneficiarias del programa de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica para optar medidas preventivas y correctivas necesarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

- DSM-IV (APA, 1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A. 1995. Barcelona
- Herdandez, R. Fernandez, C y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. 4ª edición. México.
- Lawraence .M. (2004). Diagnóstico clínico y tratamiento. 1999. Editorial. El Manual Moderno. México.
- León, (2010), en su tesis de maestría titulada “Implantación del índice mexicano de satisfacción del usuario en el programa de abasto social de leche Liconsa y el programa 70 y más a cargo de la secretaría de desarrollo social”
- Lowen, (2011). La Depresión y el Cuerpo. Washington, DC. OPS.
- Luna, D. (2013), en su tesis titulada: “Influencia de la depresión en los conocimientos y prácticas alimentarias de las madres asistentes al programa de “Vaso de Leche” en el P.P.J.J Villa el Triunfo del Distrito de Sachaca. Arequipa 2013”.
- MINSA, (2016). Extraído de www.minsa.com
- Organización Mundial de la Salud. (2005) Informe sobre la salud en el mundo. ¡Cada madre y cada niño contarán!. OMS. Ginebra,
- Organización Panamericana de la Salud (2016) Programa Nacional de Alimentación y Nutrición Situación alimentaria y nutricional de Latinoamérica y el Caribe. Washington, DC. OPS.
- Polit, D. y Hungler, B, (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. Mc Graw Hill. 6ta Ed. México.
- Sánchez, (2012), en su tesis titulada “Estado nutricional de los niños menores de cinco años, beneficiarios del Programa “Desayunos infantiles” del Municipio de Mosquera – Cundinamarca. Pontificia Universidad Javeriana. Bogota – Colombia

Tello, (2014), en su tesis de maestría titulada “Influencia de los programas sociales en el estado nutricional de los niños y niñas de 12 a 36 meses, San Pablo – Cajamarca”,

Toro R, Yepes L. (2001) Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO	PROBLEMAS GENERAL Y ESPECIFICO	OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	HIPOTESIS GENERAL Y ESPECIFICA	VARIABLES E INDICADORES	TIPO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA DEL ESTUDIO	TECNICA E INSTR.
“NIVEL DE DEPRESIÓN EN MADRES DE FAMILIA DEL COMITÉ DE VASO DE LECHE DE LA ZONA URBANA DEL DISTRITO DE VILLA RICA, PASCO 2018”	<p>Problema General. ¿Cuáles es el nivel de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018?</p> <p>Problema Específicos ¿Cuál es el porcentaje del nivel alto de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018</p> <p>¿Cuál es el porcentaje del nivel moderado de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018?</p> <p>¿Cuál es el porcentaje del nivel leve de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018?</p> <p>¿Cuál es el porcentaje del nivel dentro de los límites normales de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018?</p>	<p>Objetivos General Determinar el nivel de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018.</p> <p>Objetivos Específicos Evaluar el porcentaje del nivel alto de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018.</p> <p>Establecer el porcentaje del nivel moderado de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018.</p> <p>Evaluar el porcentaje del nivel leve de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018.</p> <p>Establecer el porcentaje del nivel dentro de los límites normales de depresión en madres de familia del comité de vaso de leche de la zona urbana del Distrito de Villa Rica, Pasco 2018.</p>	<p>Hipótesis No amerita debido a que es un estudio descriptivo.</p>	<p>Variable Nivel de depresión.</p> <p>Dimensiones Nivel alto de depresión Nivel moderado Nivel leve de depresión Nivel dentro de los límites normales de depresión</p>	<p>TIPO No experimental</p> <p>DISEÑO Descriptivo</p> <p>Representación simbólica n -- O n = madres de familia del programa de vaso de leche. O = Evaluación de niveles de depresión (Escala Zung)</p>	<p>El presente estudio estará constituido por la población de madres familia del comité del vaso de leche. La población consta de 322 integrantes de zona urbana de la localidad de Villa Rica.</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Madres de familia en el comité vaso de leche. • Madres que radican en la localidad de Villa Rica. • Madres entre 18 a 40 años. • Madres letradas. <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Madres de familia del comité que radican fuera de la localidad de Villa Rica. • Madres menores de 18 años y mayores de 40 años. • Madres iletradas. 	<p>Psicometría: Escala de auto medición para la depresión ZUNG</p>

CUESTIONARIO ZUNG

Instrucciones: Lea detenidamente cada pregunta y marque:

- N** = Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/ Raramente.
- AV** = Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando.
- MV** = Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente.
- S** = Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuesta mala ni buena, asegúrate de contestar todas.

PREGUNTAS	N	AV	MV	S
Me siento triste y deprimido/a.				
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.				
Ahora tengo menos apetito que antes.				
Me siento menos atraído/a por el sexo opuesto.				
Creo que estoy adelgazando.				
Estoy estreñado/a (constipado/a).				
Tengo palpitaciones.				
Me canso por cualquier cosa.				
Mi cabeza no esta tan despejada como antes.				
No hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.				
No tengo esperanza y confianza en el futuro.				
Me siento más irritable que habitualmente.				
Encuentro difícil la toma de decisiones.				
No me creo útil y necesario para la gente.				
No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.				
Creo que sería mejor para los demás que me muriera.				
No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.				

¡Gracias por su coloración!